



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Política de protección social y calidad de vida de niños y
adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez
Palacios, San Miguel, 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTORA:

Br. María Antonieta Jacinto Cahuana

ASESORA:

Dra. Juana Yris Díaz Mujica

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LINEA DE INVESTIGACION:

Calidad de las prestaciones asistenciales

PERU – 2017

Dr. Jorge Laguna Velasco
Presidente

Dr. Joaquín Vertiz Osoreo
Secretario

Dra. Juana Yris Díaz Mujica
Vocal

Dedicatoria

Al Señor Jehová de los Ejércitos por brindarme la vida, salud, y darme la sabiduría para terminar mi investigación.

A mi querida hija, por brindarme su comprensión y amor.

Br. María Antonieta Jacinto Cahuana

Agradecimiento

A la Dra. Díaz Mujica, Juana Yris por su sugerencia permanente a lo prolongado de la preparación de mi investigación.

A todas las personas, que de una y otra manera hicieron posible la obtención de mi tesis.

Br. María Antonieta Jacinto Cahuana

Declaración Jurada

De, María Antonieta Jacinto Cahuana, con DNI: 07094638 estudiante del Programa Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, con la tesis titulada “Política de protección social y calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016, declaro bajo juramento que:

La tesis es de mi autoría

He respetado las reglas y referencias para las fuentes de sugerencias. La tesis no ha sido copiada.

La tesis no ha estado publicada anteriormente, para obtener grado académico.

Los datos que se muestran en los resultados son existentes, no han sido copiados en la tesis

De identificarse la incorrección de estafa, auto plagio, adulteración, asumo las secuelas y ordenanzas que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 17 de Diciembre de 2016

.....
María Antonieta Jacinto Cahuana
DNI: 07094638

Presentación

A los Señores Miembros del Jurado de Postgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad Cesar Vallejo, sede, Los Olivos presento la Tesis titulada: Política de protección social y Calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016; en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo; para obtener el grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

La actual investigación está constituida en siete capítulos. En el primero se expone los antecedentes internacionales y nacionales, el fundamento teórico, la justificación, el problema de investigación, la hipótesis y los objetivos. En el segundo capítulo se presenta el marco metodológico, describen las variables en estudio, la Operacionalización, la metodología, el tipo de estudio, el diseño de investigación, la población, muestra, muestreo, la técnica e instrumentos de recolección de datos, el método de análisis de datos, y los aspectos éticos. En el tercer capítulo se presentan los resultados. En cuarto capítulo está la discusión. En el quinto capítulo esta la conclusión. En sexto capítulo esta la recomendación, En séptimo capítulo es referencias bibliográficas. Finalmente, el octavo capítulo es apéndices y se presenta los anexos convenientes.

.....
Br. María Antonieta Jacinto Cahuana
DNI: 07094638

Índice

Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice de página	vii
Índice de página	viii
Índice de Tabla	ix
Índice de Figura	x
Resumen	xi
Abstract	xii
 I. INTRODUCCIÓN	 13
1.1 Antecedentes	14
1.2 Fundamentos teórico	19
1.3 Justificación	33
1.4 Problema de investigación	36
1.5 Hipótesis	39
1.6 Objetivos	40
II. MARCO METODOLÓGICO	42
2.1 Variables	43
2.2 Operacionalización de variables	45
2.3 Metodología	46
2.4 Tipos de estudios	47
2.5 Diseño de investigación	47
2.6 Población, muestra, muestreo	48
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52
2.8 Métodos de análisis de datos	57
2.9 Aspectos éticos	58

III. RESULTADOS	59
IV. DISCUSIÓN	74
V. CONCLUSION	77
VI. RECOMENDACIÓN	80
VII. REFERENCIAS	83
VIII. APENDICES	89
Anexo 1: Matriz de consistencia	90
Anexo 2: Instrumentos de las variables	92
Anexo 3. Carta de presentación	96
Anexo 4: Definición conceptual de variables y dimensiones	97
Anexo 5: Formato de validación de instrumentos	102
Anexo 6: Base de datos	122

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1 Matriz de Operacional de la Política de protección social	45
Tabla 2 Matriz de Operacional de la Calidad de vida	46
Tabla 3 Población de los personales de atención permanente del CAR	49
Tabla 4 Población de los niños y adolescentes con discapacidad	49
Tabla 5 Muestra del personal de atención permanente del CAR	51
Tabla 6 Muestra de los niños y adolescentes con discapacidad	51
Tabla 7 Prueba de confiabilidad de Política de protección social	54
Tabla 8 Validación con juicio de expertos de instrumentos	55
Tabla 9 Prueba de confiabilidad de Calidad de vida	59
Tabla 10 Géneros de los niños y adolescentes	60
Tabla 11 Edades de los niños y adolescentes	61
Tabla 12 Diagnostico de los niños y adolescentes	62
Tabla 13 Tiempo de permanecía de los niños y adolescentes	63
Tabla 14 Nivel de discapacidad intelectual de los niños y adolescentes	64
Tabla 15 Nivel de necesidad de apoyo de los niños y adolescentes	65
Tabla 16 Nivel de política de protección social	66
Tabla 17 Nivel de calidad de vida	67
Tabla 18 Correlación de Sperman entre Política de protección social y Calidad de vida de los niños y adolescentes	68
Tabla 19 Correlación de Sperman entre Política de protección social y Desarrollo personal de los niños y adolescentes	69
Tabla 20 Correlación de Sperman entre Política de protección social y Bienestar físico de los niños y adolescentes	70
Tabla 21 Correlación de Sperman entre Política de protección social Y la Inclusión social de los niños y adolescentes.	71
Tabla 22 Correlación de Sperman entre Política de protección social y Bienestar emocional de los niños y adolescentes.	72

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 Diagrama de Diseño Correlacional	48
Figura 2 Tamaño de muestra	50
Figura 3 Género de los niños y adolescentes	60
Figura 4 Edad de los niños y adolescentes	61
Figura 5 Prevalencia de diagnóstico de los niños y adolescentes	62
Figura 6 Tiempo de permanencia de los niños y adolescentes	63
Figura 7 Nivel de discapacidad intelectual de los niños y adolescentes	64
Figura 8 Nivel de necesidad de apoyo de los niños y adolescentes	65
Figura 9 Nivel de política de protección social	66
Figura 10 Nivel de calidad de vida	67

Resumen

La presente investigación tenía como problema principal. ¿Qué relación existió entre la Política de protección social y calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad del Centro de Atención Residencial Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016? Y como objetivo general determinar si existe relación entre la política de protección social y calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad del Centro de Atención Residencial Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

El diseño de la investigación utilizado fue descriptivo correlacional. La muestra estaba conformada por 66 tutoras y niños. El instrumento de recolección de datos utilizado fue la encuesta en la política de protección social y el cuestionario para la calidad de vida, se hizo una adaptación de ambas fichas de la escala Kids Life validada.

Los hallazgos indicaron que existía una relación significativa entre la política de protección social y calidad de vida de los niños y adolescentes del Centro de Atención Residencial Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016, se tenía un coeficiente de correlación de 0.611**, con una p-valor obtenido de 0.000, es decir menor a 0.05, con la cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

Por lo tanto, se puede afirmar que existe una relación moderada y directa entre la aplicación de la política de protección social y calidad de vida de los niños y adolescentes; es decir a mayor la política de protección social existirá mejor calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad.

Palabras clave: Política de protección social, calidad de vida.

Abstract

This research had as main problem. What is the relationship between exists the Social Protection Policy and quality of life of children and adolescents with disabilities at the Matilde Pérez Palacios Residential Care Center, San Miguel, 2016? And as a general objective to determine if there is a relationship between the social protection policy and the quality of life of children and adolescents with disabilities at the Matilde Pérez Palacios Residential Care Center, San Miguel, 2016.

The design used in this research was descriptive correlational. The sample was made up of 66 tutors and children. The instrument of data collection used was the survey in the social protection policy and the questionnaire for the quality of life, an adaptation was made of both tokens of the validated Kids Life scale.

The findings indicated that the general hypothesis there is a significant relationship between the social protection policy and quality of life of children and adolescents of the Center for Residential Care Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016, a correlation coefficient of 0.611 **, With a p-value obtained of 0.000, it means less than 0.05, with which the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is accepted.

Therefore, it can be affirmed that there is a significant and direct relationship between the social protection policy and the quality of life of children and adolescents; That is to say, the greater the social protection policy there will be a higher quality of life for children and adolescents with disabilities

Key words: social protection, quality life, policy.

I. Introducción

1.1 Antecedentes

A nivel Internacional tenemos a Martínez, Uribe, y Velásquez (2014) realizaron una investigación, quienes usaron un diseño Descriptivo, Correlacional, sus objetivos fueron: que ellos tenían el conocimiento de las leyes actuales del estado colombiana, que afrontan los individuos con incapacidad, que le impiden desenvolverse normalmente en la sociedad, encontrándose limitaciones en el derecho a la salud, educación, accesibilidad, transporte y empleo. Trabajo con una urbe de 2'149,710 correspondiente al 4.7% de la urbe. Obteniendo las conclusiones: que se han incrementado normas para proteger sus beneficios de los individuos con incapacidad. Sin embargo, hubo dificultades, la causa fue el desconocimiento de la urbe, el poco interés de las autoridades del gobierno de difundir las leyes que les favorecen a esta población que son más vulnerable y el poco interés que asume los individuos con incapacidad para practicar sus beneficios que los respaldan las leyes en Colombia.

Así mismo Meresman (2013) realizó una investigación, quien uso un diseño Descriptivo, Correlacional sus objetivos fueron: promover, defender, certificar que se ha cumplido los derechos de igualdad, libertad, oportunidad y respeto ante la sociedad. Trabajo con una urbe de 2011, 517.771 uruguayos (el 15.9 % de la población) tienen algún tipo de incapacidad permanente y no existen desacuerdos significativos entre quienes viven en el medio urbano (16.4 %) y quienes lo hacen en el medio rural (15.3 %). Se desarrolló campañas de sensibilización consignadas a impulsar actitudes aceptables hacia los derechos de las personas con invalidez, promover conocimientos positivos y examinar sus capacidades y virtudes. Fomentar en todos los panoramas del sistema educativo, inclusive entre todos los niños y niñas desde la temprana edad, el respeto a los niños con incapacidad. El reconocimiento por parte de la sociedad, de sus propias familias y de sí mismos, los que tienen una incapacidad no son sujetos de tutela ni caridad, sino de derechos humanos. Llegó a las conclusiones de concienciar a la sociedad, sobre los problemas que aconteció a la población con incapacidad. Así se podía derrotar las barreras culturales que se le presentan en la sociedad y su entorno. Por ende, se va facilitar su desarrollo y la participación en la sociedad,

para estos fines se requiriera un cambio social y cultural de la población de Uruguay.

Igualmente, Acuario (2013) realizó una investigación, quien usó un diseño Descriptivo, Correlacional su objetivo fueron: saber la calidad de vida que reciben las personas más vulnerables, conocer los programas de protección social y los servicios de cuidados que brinda el estado a las personas con discapacidad. Se logró el progreso general a través de los planes de programa social, donde se podrá garantizar la exclusión de barreras que la sociedad lo imponen. Trabajo con una urbe de 38,755 personas. Se hallaron a 11,136 personas con discapacidad. Llegó a la conclusión que se tiene que evaluar y conocer los diferentes programas de ayuda social. Evidenciar con las funciones Nacional de Desarrollo Social del gobierno que lleva a cabo y se comprobó que se cumplió todas las leyes. Así los individuos con incapacidad mejoró la condición de existencia y gozaba de todo su derecho que le beneficiaba el estado de Ecuador.

También Pérez (2013) realizó una investigación, quien usó un diseño Descriptivo, Correlacional, su objetivo fueron garantizar los derechos humanos, y abordar las diferentes atenciones que recibiera las personas con incapacidad en la: salud, educación, vivienda, seguridad social, acceso a transporte, al trabajo. Inspeccionar la política de protección social de Ecuador, comprobó con el objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir. Trabajo con una urbe de 255 personas. Utilizó el instrumento de encuesta y cuestionario. Llegó a conclusión que existió derechos establecidos en la Constitución. No se llegó al cumplimiento por falta de conocimiento de la población con invalidez. La falta de responsabilidad e interés de las autoridades del estado que no se difundía las leyes que les beneficiaba a los individuos con incapacidad. No se permitía conseguir una completa inclusión social en Ecuador.

Del mismo modo Áfrico (2013) realizó una investigación, que usó un diseño Descriptivo, Correlacional, su objetivo fueron en la política eliminar la desigualdad, las barreras nacionales y arquitectónicas que impone la sociedad civil a la población con incapacidad, que muchas veces impedía la intervención de los

individuos con invalidez en la existencia, la capacidad financiera, pedagógico y nacional. Trabajo con la muestra de una urbe de Honduras con incapacidad. Llego al cumplimiento de este propósito, que obedecía la divulgación de la vigente política estatal para el Ejercicio de Derechos y la Inclusión de los Individuos con Incapacidad, en el marco de un actuar solidario con la sociedad en general, las entidades y organizaciones del sector y las propias personas con discapacidad y sus familias.

Así mismo Camacho, Fraga, Jácome, y Albán (2013) realizaron una investigación, quienes usaron un diseño Descriptivo, Correlacional, su objetivo fueron que a la sociedad se le tiene que sensibilizar que las personas con incapacidad tienen los mismos derechos, dándole la oportunidad de participa dentro del avance económico del estado. Trabajo con una muestra de 1'286,331 hogares en veinticuatro provincias, donde encontraron a 294,743 personas con discapacidad. Llego a las conclusiones que el estado de Ecuador, la Vicepresidencia y la Secretaria Técnica de Incapacidad, inicialmente designada "Misión Solidaria Manuela Espejo", que se daba a la nación un modelo regional, restituyendo el sostén y desarrollo de los derechos de las personas con invalidez. Se han prevenido y desarrollado programas para avalar el acatamiento de los derechos de los individuos con inhabilidad a través de la inclusión laboral, inclusión social, inclusión educativa, en la salud y la cultura.

De esta manera Silva (2012) realizo una investigación, que uso un diseño Descriptivo, Correlacional, su objetivo fueron narrar y examinar la característica de la condición de Existencia Concerniente a la Inmunidad de los infantes y jóvenes que son albergados en los Centros de Protección Especial. Trabajo con una muestra de 126 personas procedentes de cinco Centros de Protección Especial, las edades oscilan de ocho a dieciocho años. Utilizo el instrumento de auto reporté de la salud y el bienestar de los niños, la técnica que el cuestionario de KIDSCREEN 52, se estimaron las diez dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS). En la presente indagación se encontró en los cinco CPE, las dimensiones que tienen puntajes por arriba de 42 son bienestar físico, desarrollo personal, bienestar emocional, inclusión social.

A nivel Nacional encontramos investigadores como la de Sotelo, Domínguez y Barboza (2013) realizaron una investigación, quienes uso un diseño Descriptivo, Correlacional su objetivo fueron explorar y establecer las diferencias de la condición de vida en los infantes y adolescencias escolarizadas de Lima y la zona rural de Ancash. Trabajo con una muestra de 347 adolescencias y 307 infantes, las edades oscilan entre ocho y dieciocho años. Utilizo los instrumentos de valoración, la técnica fue el cuestionario de Calidad de Vida Infantil (CCVI) y el cuestionario de Calidad de Vida Adolescente (CCVA). Se trata de dos escalas tipo Likert de cuatro opciones de respuesta, través de la preguntas, la situación de vida infantil y de adolescencias. La diferencia en todas las áreas valoradas a favor de los niños procedentes de Lima, hay restricciones en los niños que viven en el interior del país, dicho dificultad reduce la eficacia de existencia percibida, lo cual comprende el aspecto desarrollo personal, inclusión social, bienestar emocional y físico. En el grupo de los adolescentes, son sólo dos áreas que se hallan diferencias entre ambos grupos a favor que los adolescentes de Lima, es el desarrollo personal y bienestar emocional. Llego a las conclusiones que los indicadores, se utilizaba de base para renovar las áreas desprovistas y fortalecer aún más las que beneficiaba a los niños y adolescentes.

De esta manera Save the Children (2012) realizo una investigación, quienes usaron un diseño Descriptivo, Correlacional, sus objetivos fueron examinar las extensiones de la problemática de la violencia, abuso, maltrato a que se ven expuesto la niñez, y adolescencia con incapacidad. Trabajo con una muestra de los departamentos de Huancavelica, Cusco y Lima. Llego a la conclusión que en el Perú, los infantes y adolescencias con incapacidad estaban indefensos ante la violencia que estaba expuesto en sus hogares, colegios y comunidades. La urbe con discapacidad es más vulnerable, por la discriminación que la sociedad lo imponía. La responsabilidad del estado peruano de no sensibilizar a la sociedad y consecuentemente, son derechos que le amparan la ley de incapacidad. Los planes nacionales y regionales están basados en darle igualdad de derechos y beneficios a los individuos con incapacidad, en efecto se están esbozando estrategias para la inclusión en las políticas públicas, en la

educación, la salud y el trabajo. Sin embargo, la protección ante la violencia es todavía omitía en nuestro país.

De la misma manera el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2012) realizó una investigación, quienes usaron un diseño Descriptivo Correlacional, sus objetivos fueron los derechos inherentes a la vida, la calidad de vida que se le brindaron en la educación y la igualdad de derechos, como resultado están afines con los diferentes ciclos de vida del infante y adolescencia. En la política de estado peruano, ha predominado la escasez de esta urbe para su progreso humanitario completo. Trabajo con una muestra de población de 16 departamentos del Perú. Llegó a la conclusión: la necesidad de financiar económicamente con preferencia en la infancia y la pubertad, consecuentemente contribuye a interrumpir la transmisión de la pobreza y violencia. Como resultado apoyar con los programas de protección social en los lugares más necesitados. La certeza es llegar a toda la población vulnerable, haciendo sostenible su desarrollo integral humano de la niñez y adolescencia.

Igualmente, Ramos (2011) realizó una investigación, que usó un diseño Descriptivo, Correlacional, sus objetivos fueron indagar el estatuto de la investigación tutelar, tanto funcionaria como legal. Lo realizó en un Centro Atención Residencial (CAR). Además, se le daba la prioridad al infante el derecho a convivir con sus padres. La situación de abandono en la actualidad es un problema primordial de inquietud para la Defensoría del Pueblo. Trabajo con una muestra en Lima y Callao consta de 14 CAR que albergan a 1,299 infantes y adolescentes; en el departamento de Cusco trabajaban con siete CAR que albergaban a 279 infantes; Loreto consta con tres CAR, que alojaban a 159 niños y adolescentes, en Junín existían ocho CAR, atendían a 244 niños. Llegó a la conclusión que es transcendental el Convenio de los Estipendios del Infante, el estado peruano ofrece un sistema de Protección Integral, donde reconoce que el infante y adolescencias están sometidos a leyes. Tiene la obligación el estado, la familia y la comunidad de protegerlos al niño y adolescente. Es el compromiso del estado de salvaguardar los derechos de los infantes y adolescencias en supuesto

estado de abandono, que se ha determinado en la enumeración cuatro del estatuto de la constitución política.

1.2 Fundamentos teóricos

La política del estado de protección social

Existen definiciones para la variable política de protección social, sin embargo, dentro del marco de la investigación se han considerado las definiciones de los siguientes autores:

Casali, Centrangolo, y Goldschmit (2015) señalaron que:

En América Latina, incluido el Perú, existió un periodo en el cual no existía un nombre propio para lo que ahora se conoce como “protección social”, donde en un comienzo el Estado era el encargado de propiciar soluciones para los sectores vulnerables, sin embargo el modelo que este impartía tenía muchas limitaciones por basarse en un financiamiento contributivo, por lo que posteriormente esta responsabilidad recayó en las instituciones privadas y el papel del estado era únicamente de promoción para la reducción de la pobreza. Finalmente, aproximadamente iniciando el año 2000 el poder tuvo que volver al Estado, puesto que, con las instituciones privadas al mando, se vio mucha corrupción, malos manejos de los intereses propios sobre los colectivos. (p.56)

Por lo que, en el Perú, el Estado busco garantizar la cobertura universal de las prestaciones sociales básicas, creando en el 2001 el SIS (Sistema Integral de Salud), las pensiones no contributivas para los adultos mayores, y en el 2005 el programa de transferencias monetarias condicionadas “Juntos”. Con estos dos programas se inicia la preocupación real por los sectores más vulnerables y pobres del país, creando políticas públicas que los amparen y programas de

protección social que vigilen para generar en estas personas un nivel básico de bienestar social y personal.

Casali, Centrangolo, y Goldschmit (2015) refirieron que “la política de protección social se ha convertido en una herramienta que afronta a la urbe más sensibles y vulnerable. En su conjunto consiguieron aminorar la miseria, así como restituye los derechos perdido de la urbe de extrema pobreza. También se mejoró la responsabilidad de las familias de salvaguardar a sus hijos y facilitar el acceso a los bienes de los individuos con incapacidad, sin condición de hacer excepción. Estos efectos son los que permitía el equilibrio de situaciones, de equidad social y la distribución equilibrada de los recursos económicos”. (p. 57)

Vásquez, Zapata, Walsham, y Blanchet (2015) afirmaron que:

La protección social son las distintas intervenciones del Estado para prevenir, mitigar y enfrentar los riesgos que constituyen sus políticas, con la cual se buscaba los dos objetivos principales. El primero, la reducción de la vulnerabilidad de los hogares con ingresos muy bajos ante caídas del consumo y de su acceso a servicios básicos. Y el segundo, disminuir el consumo a lo largo del ciclo de vida para todos los hogares y por tanto, una distribución más equitativa del bienestar social. (p. 9)

Es decir, son la medida que el Estado peruano impartió para garantizar niveles básicos de calidad de vida para las poblaciones vulnerables en situaciones de pobreza y pobreza extrema. Facilitando a estas personas el acceso a servicios sociales y fomentando el trabajo decente.

Vásquez, Zapata, Walsham, y Blanchet (2015) manifestaron que en el gobierno del presidente Ollanta Humala del año 2012, “se formaba el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), para reorganizar en los cambios de las estrategias sociales en su Gobierno. El objetivo de las políticas del MIDIS es abastecer una ayuda transitoria a los casos más vulnerables, afectados por la

pobreza extrema. Mejorar los servicios esenciales, de agua, servicios de desagüe, la electrificación, el teléfono a corto plazo. A largo plazo mejoro la nutrición, la salud y el camino a la educación de eficacia de los infantes”. (p. 10)

Vásquez, Zapata, Walsham, y Blanchet (2015) quienes señalaron que “el Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS) es un órgano especializado en la discapacidad. Es ejecutor anexo al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), con la facultad de hacer funcionar la economía financiera. El CONADIS, organizo los pliegos presupuestarios”. (p. 10)

PNAIA (2013) afirmaba que:

El segundo informe de avances del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2021 (PNAIA), está establecido en la Ley N° 27666, es el instrumento de política pública del Estado Peruano, para defender los derechos de niñas, niños y adolescentes. Reconocido el documento mediante el Decreto Supremo N° 001-2012-MIMP y constituye la principal herramienta de política pública del Estado peruano para articular y vincular las políticas que se elaboraron en materia de infancia y adolescencia en el país. La Convención sobre los Derechos del Niño, como tratado internacional, establece una serie de derechos específicos a favor de las niñas, niños y adolescentes. Asimismo, por su carácter vinculante, obligaban a los estados partes a que sus preceptos se incluyan en sus políticas nacionales. El Informe tiene como objetivo dar cuenta de los principales avances, dificultades, medidas adoptadas y recomendaciones respecto al cumplimiento de las seis metas emblemáticas y cuatro objetivos estratégicos del PNAIA 2012-2021. Asimismo, contiene información sobre las Estrategia Acción Social con Sostenibilidad, experiencia desarrollada en las zonas rurales amazónicas. Ello nos señala las tareas de atender y que están orientadas a reducir las brechas que aún existieron,

principalmente en zonas urbanas, rurales y amazónicas rurales de nuestro país, lo que genera situaciones de exclusión y desigualdad, constituyendo un desafío tanto para las instituciones del Estado como para la sociedad civil. (p. 2)

De igual forma, nos lleva a reflexionar sobre la mejora constante en nuestras intervenciones orientadas a garantizar el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes con discapacidad, a través del ejercicio pleno de los derechos, lo que conllevará al desarrollo sostenible de nuestro país.

UNICEF (2013) señalaron que:

La Visión del UNICEF sobre la protección social, garantizo la defensa de los derechos de las infantas, infantes y adolescencias, mediante el sostén de protección de la política y eventos gubernativos y particulares. Logro cumplir el objetivo mediante el sostén duradero a las naciones para conseguir la determinación y edificación de políticas y eventos que favorezcan a la infancia y adolescencia. (p.12)

La Convención sobre los Derechos del Infante y el Acuerdo sobre los Derechos del individuo con Invalidez ponen en reflexión de la eficacia de las medidas compasiva que consideran a los infantes e infantas con discapacidad como aceptantes pasivos de atención y defensa. Más bien, reclamar que se reconozca a todos los infantes e infantas, sin excepción, como miembros plenos de sus razas, comunidades y familias.

UNICEF (2013) señala que,” se tiene que suplantat la noci3n tradicional de que se debe rescatar al infante, y suplantat por la adopci3n de medidas para suprimir las barreras f3sicas, culturales, financieras, de actitud, de aviso y de cambio que impiden la ejecuci3n de los derechos de la infancia, incluyendo el de participar activamente en la toma de las medidas que aquejan a su vida diaria”. (p.12)

UNICEF (2013) refirieron que “es bueno alentar a los infantes e infantas con discapacidad para que participen en deportes y acciones recreativas en compañía de todos sus pares implica algo más que un cambio de actitud”. Se trata de un estipendio y una exigencia concreta del Tratado de los Derechos de los Hombres que tienen incapacidad protegida por el Gobierno de garantizar todos los infantes e infantas con invalidez gocen, al igual que los demás niños, de acceso al juego, a la recreación, al entretenimiento, a los deportes, incluyendo las actividades del sistema educativo”. (p.12)

UNICEF (2013) resalta que, “la organización refiere que la excepción y la discriminación contra los infantes e infantas con discapacidad les hacen excesivamente sensibles a la violencia, al abandono y a los malos tratos”. La responsabilidad de un Estado es de resguardar los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes. (p. 12)

Congreso de la República (2012) señalaron que:

La Ley General del individuo con incapacidad, N° 29973: son normas legales que contiene principios del Pacto con Nacionalidades Identificadas, en el derecho del individuos con incapacidad, instituye del cerco reglamentario en el desarrollo, amparo, la ejecución donde las situaciones para la equivalencia, originando su progreso e inserción llena y segura en la existencia política, financiera, nacional, cultural, y tecnológica creando situaciones de justicia, igualdad de los derechos y libertades, acceder a servicios de educación, salud, justicia, y empleo. Se implanto, por primera vez sanción a la entidad, funcionario o empresario que no cumplió con los contenidos en esta ley. (p. 15)

Congreso de la República (2012) refirieron que el artículo tres, derechos de las personas con discapacidad: La persona con discapacidad tiene los mismos derechos que el resto de la población, sin perjuicio de las medidas específicas establecidas en las normas nacionales e internacionales para que alcance la

igualdad de derecho. El estado garantiza un entorno propicio accesible y equitativo para su pleno disfrute sin discriminación. (p. 16)

Congreso de la República (2012) relataron que “la función de CONADIS es exponer, proyectar, administrar, regularizar, elaborar, controlar, las políticas nacionales y sectoriales en favor de la incapacidad. Establecía reglas y lineamiento de expertos para la apropiada realización y vigilancia de las estrategias nacionales”. (p. 41)

Acuario (2013) el estado de Ecuador, la política de protección social tiene el objetivo general, es garantizar a todos los individuos con incapacidad, el gozo pleno de sus derechos humanitarios, preparando sus mejoras para favorecer las creaciones nacionales donde se tiene que respetar el decoro innato, de las personas con incapacidad. Se le tiene que dar diversas ayudas nacionales, mostrando identidad, acatamiento y evitar en lo posible la discriminación. (p. 13). En el Perú no se alcanzó dar la ayuda Nacional necesaria, sobre todo en los lugares de extrema pobreza, las brechas de inequidad y desigualdad siguen siendo amplias pese al trabajo que se realizó.

Áfrico (2013) el estado de Honduras, la política de protección social, se orientó en la generalidad de las Estrategias de Progreso Nacional y Estipendios de los individuos, centrada en los Derechos Humanos por el cual se indago, se construía la orientación de las Políticas Estatales, de gobernar la personalización y mejoro toda la escasez primordialmente en la urbe favorecida. El gobierno se tiene que preocupar en las necesidades de las urbes que son más vulnerables, y certificar la ejecución de los estipendios de los individuos. (p. 10). En el Perú no lleo a beneficiarse con todos los derechos que la ley de discapacidad le ampara, muchas personas con discapacidad no tienen empleo.

Matute (2008) afirmo que:

La política social del Estado Peruano incluye servicios universales y programas focalizados. Los primeros se basan en la demanda y por

tanto son auto-focalizados. Tal es el caso de la educación pública, la atención de salud en establecimientos públicos, etc. aunque al interior de estos sectores puede haber proyectos o programas focalizados (Seguro Integral de Salud). Los programas focalizados más importantes comenzaron al inicio de la década de los 90 como una compensación a las medidas de ajuste económico durante los primeros años de la misma. (p.15)

Se denominan focalizados porque no pretenden dar cobertura universal, desde la oferta, establecen criterios de selección y filtros para acceder a ellos. En general, el programa focalizado tenía como población objetivo a las personas en pobreza y pobreza extrema.

Matute (2008) relato que” los programas sociales solicitan de un diseño y organización ordenada y un correcto seguimiento. Las misiones de las presentaciones nacionales debía contener elementos de organización primordiales, que se utilizó para medir un nivel de avances del programa, mediante indicadores de monitoreo y valoración que les admita corregir todo aquello que no ayuda a los objetivos y metas”. Nos encontramos en un proceso de innovación de los programas nacionales originada por el gobierno, que estos sean eficaces para renovar la situación de vida y disminuir la pobreza. La Contraloría General de la Republica examino la necesidad de contar con un diagnostico actualizado de las presentaciones nacionales, ha reconocido aquellos aspectos que simbolizan peligro para alcanzar los objetivos. (p.16)

Matute (2008) menciona en la política nacional del Estado peruano se incluyó bienes mundiales y eventos focalizados (no tienen cobertura universal). Los servicios universales se dan por la petición y son auto focalizado, como en la educación, la atención de salud. Existieron programas del Seguro Integral de Salud (SIS). Se tenía como urbe a los individuos clasificados en el siguiente nivel: pobreza y extrema pobreza. Como elementos de la política de protección social, se consideró: la eficiencia, la eficacia, equidad y sostenibilidad. (p. 16)

La Eficiencia permiten la valoración y revisión de los procesos de gestión, de programa protector, aprovechar la economía de escala y en la difusión de campañas de salud preventivamente, vacunación, la prevención de desastres naturales, etc. (Matute, 2008, p. 28)

La Eficacia, son logros y resultados deseados, se ponen a advertir los efectos no deseados como las enfermedades, desnutrición, se deben medir la prevención de enfermedad, infantes con debilidad, infantes inmunizados, atenuar las catástrofes de la naturaleza. (Matute, 2008, p. 28)

La Equidad, mejoro los efectos y discernimientos, se quiere dar una atención a un grupo sensibles y son menos equitativas. (Matute, 2008, p. 29)

La Sostenibilidad, son programas preventivos y menos sostenibles, en recursos humanos y financieros. Se necesitaba ampliar la destreza de evitar y desarrollar. En acciones de inoculación, de prevención del SIDA, infecciones de transmisión sexual, etc. (Matute, 2008, p. 29)

Política de protección social en el Perú está basada en el estatuto Universal del individuo en la ley General de las personas con Discapacidad N°29973. (Congreso de la República, 2012, p.18)

Dimensión de la variable política de protección social:

Primera dimensión: Derecho a la igualdad y no discriminación, capítulo II de los derechos civiles y políticos se menciona el artículo ocho, refiere la persona con discapacidad tiene derecho a la igualdad ante la ley y a no ser discriminada por motivos de discapacidad. (Congreso de la República, 2012, p. 18)

Segunda dimensión: Derecho a la libertad y seguridad personal, capítulo II de los derechos civiles y políticos se menciona el artículo diez, refiere la persona con discapacidad tiene derecho a la libertad y seguridad personal, en

igual de condiciones que los demás. Nadie puede ser privado de su libertad en razón de discapacidad. (Congreso de la República, 2012, p. 19)

Tercera dimensión: Derecho a la Accesibilidad, capítulo III se menciona el artículo 15, refiere: a la persona con discapacidad tiene derecho acceder, en igualdad de condiciones que las demás, al entorno físico, los medios de transporte, los servicios, la información y las comunicaciones, de la manera más autónoma y seguro posible. El Estado, establece y garantizar este derecho de diseño universal. Asimismo, tiene derecho a gozar de ambientes sin ruidos y de entorno adecuados. (Congreso de la República, 2012, p. 20)

Cuarta dimensión: Derecho a la Salud, está basada en el estatuto Universal del individuo con Invalidez N° 29973, en el capítulo IV se menciona: Salud y Rehabilitación. El artículo 26, refiere: que el individuo con incapacidad tiene opción de gozar una mejor calidad del bienestar físico. El Curso debe certifica un bienestar integral con eficacia. (Congreso de la República, 2012, p. 25). El Estado peruano debe garantizar que las personas con incapacidad reciban una salud integral oportuna, por eso es necesario que la atención por un profesional médico sea inmediata, cuando un niño se sienta mal o está enfermo. Debido a las características de sus enfermedades muchos de estos niños necesitan terapia física, la misma que debe ser efectuada por personal profesional calificado. Debe recibir una terapia integral, según la indicación del médico rehabilitador; que consta en el tratamiento de terapia física, terapia lenguaje, y terapia ocupacional.

Quinta dimensión: Derecho al Aseguramiento, capítulo IV se menciona en el artículo 27, refiere el Ministerio de Salud garantiza y promueve el ingreso de la persona con discapacidad a un sistema de aseguramiento universal que garantice prestaciones de salud, de rehabilitación y de apoyo de calidad. El seguro Social de Salud (Es Salud) garantizaba y promueve el acceso de la persona con discapacidad a regímenes de aportación y afiliación regular y facultad asequibles que garanticen prestaciones de salud, de rehabilitación y de apoyo. (Congreso de la República, 2013, p. 25)

Sexta dimensión: Derecho a la Educación, capítulo V se menciona el artículo 35: refiere la persona con incapacidad tiene derecho a recibir una educación de calidad, con el enfoque inclusivo, que responda a sus necesidades y potencialidades, en el marco de una efectiva igualdad de oportunidades. El Ministerio de Educación regula, promueve, supervisa, controla y garantiza su matrícula en las instituciones educativas públicas y privadas. Ninguna institución podía negar el acceso o permanencia de una persona por motivos de invalidez. (Congreso de la República, 2012, p. 28)

Pérez (2013) refirió que la política de Ecuador, “en el Derecho a la salud se instituye un subsistema de promoción, prevención, y rehabilitación, en coordinación con el régimen nacional de salud, educación, y ambiente, anunciarán sobre los procedimientos y habilidades para la atención y prevención de incapacidades, serán gratuitas además de ser de calidad. Se plantea la preparación permanente a las personas con discapacidades y aquellas que las cuida para aceptar la discapacidad y comprender así el manejo integral de la persona con discapacidad” (p.42). En el Perú todavía no se brindó la importancia de la preparación de las personas que velan por su familiar con discapacidad, ellas necesitan tener una salud mental adecuada, deben de estar relajados; pero no sabe cómo hacerlo, sobre todo si las condiciones de sus familiares no es la deseada.

Áfrico (2013) narra que la Política Pública de Honduras, en el Derecho a la salud, “es necesario avalar e instaurar las situaciones, donde los individuos que tienen invalidez deben gozar plenamente un bienestar potencial, darle un cuidado de los bienes estatales donde favorece su bienestar, sin hacer diferencias con la otra urbe. Debe incluir los servicios de habilitación y rehabilitación, tiene que haber legitimación y restitución”. (p.17). En el estado peruano todavía no les dan la importancia a las personas con discapacidad, ellos tienen derecho acceder a los servicios de habilitación y rehabilitación en la salud, empleo y educación. El Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, Ministerio de Defensa y del Interior planifican la rehabilitación basadas en la comunidad. Pero no llegó a alcanzar en los lugares de extrema pobreza, como Huancavelica, Ayacucho.

Áfrico (2013) relato que la Política Pública de Honduras el derecho de Accesibilidad y movilidad: “el resultado del diagnóstico, previo a la formulación de la presente Política, una de las principales causas para la exclusión social de las personas con discapacidad, está constituida por los obstáculos representados por la existencia de barreras físicas, y la ausencia de un transporte público accesible, mismos que dificultan el ejercicio de los derechos y la vida en comunidad, al impedir se dificulta el desarrollo de una vida independiente y autónoma”. (p. 20)

Calidad de vida

Dentro del marco de la investigación de calidad de vida se han considerado las siguientes definiciones:

Gómez et al Moran (2016) narraron que la necesidad de la evaluación de la calidad de vida se ha convertido hoy en día en una cuestión de tal importancia y utilidad práctica para el desarrollo de buenas prácticas, de conformidad con lo establecido en la Ley General de la persona con incapacidad, se ha incluido como un criterio esencial en el proceso de acreditación para garantizar la calidad de los centros. Para documentarlo, se requiere a los centros, servicios y entidades que dispongan, entre otra, de documentación referida al usuario que recoja los objetivos, el plan de trabajo interdisciplinario, las intervenciones y la evaluación de los resultados, se mejoró la calidad de vida. (p. 8)

Según Shalock y Verdugo (2012) refirieron que “la vida representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida objetivo y alto grado de bienestar subjetivo y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de la política sociales en adicción a la satisfacción individual de necesidades. Se considera de importancia en la propia cultura y tiempo siempre que se adhiere a los estándares universales de los derechos humanos”. Así mismo la participación plena y la aceptación de las personas en la comunidad es otro principio importante de la calidad de vida en las personas. Otro principio esencial afirma que la calidad de vida aumenta cuando

las personas perciben que pueden participar en decisiones que afectan a sus vidas diarias. (p. 17)

Urzúa (2010 citado por Silvia 2012) definió que:

La Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el Bienestar físicos de los pacientes es un punto importante, tanto en su tratamiento como en el sustento de vida. Desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, han sido uno de los conceptos que, en el campo de la salud, más se utilizó de manera indistinta la Calidad de Vida, siendo muy pocos los autores que hacen una distinción con el término CV en general. (p.10)

La CVRS es un indicador comprensivo del estado de salud por lo que los datos arrojados en esta investigación podrían ser utilizados en el campo clínico o epidemiológico de la población en Centros de Protección Especial.

Silvia (2012) relato que actualmente los instrumentos de medida de la CVRS incorporan la perspectiva de las propias personas y recopilan información sobre su estado funcional y su bienestar, en correlación con indicadores fisiopatológicos. Por estas propiedades, se les utilizo progresivamente en investigación y en la práctica clínica, como medida de resultados de intervenciones terapéuticas o para establecer comparaciones de la salud entre diversas poblaciones, nacionalidades y entre grupos con diferentes patologías. (p.11)

Silvia (2012) narro que las dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Depende de la salud física y mental del individuo, de su grado de independencia, de la calidad de sus relaciones sociales, de su integración social y de sus creencias personales religiosas y espirituales. (p.12)

Maños, y Castillo, (2011) afirmaron que:

La calidad de vida es un concepto que hace alusión a un completo bienestar físico, mental y social; es una mejora de cambios de progreso, diversas experiencias competitivas, unos bienes donde permiten originar actividades en el individuo de la distribución en el ambiente que lo rodea. Se tienen pensamiento de adelanto de invención en actividades diarias, creando efectos que le van a beneficiar en el futuro al individuo que tiene incapacidad. (p.17)

La eficacia de existencia es el conjunto de mejorar, el cambio primordial en la sociedad siempre y cuando se considera los derechos de los individuos.

Maños y Castillo (2011) describieron que, en la participación plena de aceptación de las personas con discapacidad en la sociedad es otra iniciación significativa de la eficacia de existencia en los individuos. Otra iniciación fundamental certifica que la calidad de vida aumenta en los individuos, se manifiestan mejorar sus existencias y autoestima. (p. 17)

Maños y Castillo (2011) refirieron que esta “labor tiene la intención de recapacitar en las actividades diarias de instituciones”. Los receptores de estas propuestas somos todos, los diferentes profesionales, las amistades, las instituciones, las personas competitivas ayudamos en todo lo posible con la necesidad que se requieran para darle una calidad de vida adecuada. (p. 18)

Maños y Castillo (2011) dijeron que “el trabajo de calidad de vida se concentra en la zona residencial como lugar de vida, debemos trazar como deben ser estos servicios, donde los individuos con incapacidad y los personales competitivos, buscan los lugares parecidos a su hogar”. El tipo de calidad de vida que se empleó en la atención de las personas con incapacidad, tuvo el propósito de reparar el progreso en el plan de su existencia. El objetivo es detallar un piloto en calidad de existencia, tener derechos en igualdad, inclusión, intervención, decisión, autonomía. (p. 18)

Manya (2011) definió que:

“Es una noción que se dio en el Bienestar Universal, que todas las personas gocen de una buena salud física, el casamiento, tener una familia, tener un buen trabajo bien remunerado, casa, finanzas, educación, autoestima, integración de la persona con su ambiente social. Siendo todo esto subjetivo, puede trasformar de un individuo a otra, incluido de una humanidad a otra”. (p. 58)

Calidad de vida del niño y adolescente con discapacidad define las dimensiones. (Gómez et al Moran, 2016, p. 8)

Dimensión de la variable Calidad de vida:

Primera dimensión: Desarrollo Personal se considera en tener la posibilidad de aprender distintas cosas, realizarse personalmente, es importante saber comunicarse con otros. Los indicadores son: Actividades de la vida diaria y aprendizaje. (Gómez et al Moran, 2016, p. 8)

Segunda dimensión: Bienestar Físico es tener buena salud, donde no se evidencia dolor y malestar del ser humano. Tener buena salud, es tener hábitos de alimentación. Los indicadores: Sueño, Higiene, Alimentación, Atención sanitaria y Salud física. (Gómez et al Moran, 2016, p. 8)

Tercera dimensión: Inclusión Social se da en no hacer la distinción de las personas con incapacidad. Ir a lugares donde van otras personas y participar en sus actividades. Sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Los indicadores son: Integración, Participación. (Gómez et al Moran, 2016, p. 8)

Cuarta dimensión: Bienestar Emocional es sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Los indicadores son: satisfacción con la vida, auto concepto, afectividad y emociones, estabilidad y salud mental. (Gómez et al Moran, 2016, p. 8)

Es de suma importancia el uso de la Escala Kids Life y beneficioso en los centros de atención residenciales, donde existen personas con incapacidad intelectual, se tienen que trabajar buscando metas, y contar con un equipo multidisciplinarios. Donde se evalúan los resultados personales relacionados con la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes con discapacidad intelectual menores de 22 años. La Escala Kids Life se ha desarrollado a partir del modelo propuesto por Schalock y Verdugo (2012), que es el que más aceptación ha tenido en nuestro país y con el que las organizaciones a favor de las personas con discapacidad se encuentran más familiarizadas a la hora de desarrollar sus prácticas e intervenciones. (Gómez et al Moran, 2016, p. 8)

1.3 Justificación

Por medio de la justificación debemos demostrar que el estudio tiene importancia de conocer la relación entre la política de protección social y la calidad de vida de los niños y adolescentes del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

Teórica

La presente investigación indaga, mediante la aplicación de las teorías y conceptos de política de protección social. Si el estado lograba cumplir con la ley General de la persona con Discapacidad N° 29973, encontrando alternativas de soluciones y lograba los objetivos de la institución.

Hernández, Fernández, y Baptista (2010) “El beneficio es para la comunidad y que impacto habría sobre la humanidad, quienes se favorecería con tal desarrollo”. (p. 39)

Martin (2012) Este análisis tiene una relevancia social, indica porqué la investigación está mostrando sus razones. Se tiene que tomar en cuenta el principio ético social que es la equidad, se basa en que todos los seres humanos tienen los mismos derechos, pero la población de los niños y adolescentes con

discapacidad presentan discriminación que muchas veces la sociedad lo impone.
(p. 1)

Práctica

Este análisis tiene una relevancia Práctica, refiere que su desarrollo ayuda a resolver un problema o, por lo menos propone estrategias que al aplicarse contribuirían a resolverlo los problemas de calidad de vida que padece los niños y adolescentes con discapacidad que muchas veces la sociedad no respeta sus derechos.

Rivas (2012) “Los estudios de investigación son de carácter práctico, se analizan un problema o se plantean estrategias que podrían solucionar problemas reales. Se orienta a conocer los elementos de derechos más manejados en una institución, la información sirve para actuar sobre la sociedad, para perfeccionar y ejecutar cambios que contribuyan a renovar la calidad de vida de los niños y adolescentes”. (p. 2)

Metodológico

Sirve de guía de trabajo y aporte actualizado que dará inicio a nuevas investigaciones.

Siendo necesarios e indispensables los instrumentos de evaluación de la Escala Kids Life, que permitió la evaluación de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual, con suficientes garantías de validez y fiabilidad. Se requiere el uso de estos instrumentos en los diferentes, instituciones y entidades como: CAR, CPE que albergan a niños y adolescentes con discapacidad intelectual.

Fundamentación legal

El estudio del presente trabajo tiene importancia, ya que se sustenta en los fundamentos jurídicos legales como son la:

Declaración Universal de los Derechos Humanos: la Asamblea General de las Naciones Unidas amparo en 1948, que son “el reconocimiento de la dignidad propia de los seres humanos. Libre de discriminación, desigualdad de cualquier índole, la dignidad humana es universal”.

Declaración de los Derechos del niño: la Asamblea de las Naciones Unidas, certificó el 20 de noviembre de 1959. “El niño es reconocido universalmente como un ser humano que debe ser capaz de desarrollarse física, mental, social, moral y espiritualmente con libertad y dignidad”.

Convención sobre los Derechos del niño: la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, suscribió el 20 de noviembre de 1989, “la finalidad es de reconocer que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión”.

Constitución Política del Perú: fue certificada mediante la asamblea en 1993. “El estado y la comunidad protegerán especialmente al niño en situación de abandono”. También principalmente a la familia. (Artículo cuatro), actualmente está vigente y consta de 206 artículos.

Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, aceptado en el 2007 por el estado, mediante la resolución reglamentaria N° 29127.

La ley General de las personas con Discapacidad: N° 29973 se da con eficacia recién en el 2013. Se creó con el propósito de formar leyes,” para la promoción, protección en condiciones de igualdad de los derechos de las personas con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica”.

Código de niños y adolescentes el Artículo 36° es el Programas para niños y adolescentes discapacitados:” El niño y el adolescente discapacitados, temporal o definitivamente, tienen derecho a recibir atención asistida y permanente, bajo responsabilidad del Sector Salud”.

1.4 Problema de Investigación

1.4.1 Situación Problemática

Silvia (2012) Según el grupo de trabajo sobre CV de la Organización Mundial de la Salud (The WHOQOL Group, 1998) considera que la CV es un concepto que, en general, depende de la salud física y mental del individuo, de su grado de independencia, de la calidad de sus relaciones sociales, de su integración social y de sus creencias personales religiosas y espirituales. (p.10)

Sotelo, Domínguez y Barboza (2013) refería que, en el Perú, los estudios publicados en el campo de la calidad de vida en la infancia y la adolescencia son escasos y más aún aquellos que describen valores que puedan ser utilizados como referencia para su uso clínico o epidemiológico, para así poder utilizar los indicadores o medidas de evaluación. (p. 4)

OMS y BM (2011) refiere que la investigación universal sobre la incapacidad, elaborada por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial indica que el 15% de la urbe del Mundo, presentan discapacidad Intelectual, física o sensorial. (p. 2).

El INEI (2012) resalta que la Encuesta Nacional Especializada de Discapacidad (ENEDIS), señalan la existencia de cerca de 1´600,000 peruanos que sufren algún tipo de discapacidad. En el Perú, las leyes establecidas para proteger los riesgos propios de la población vulnerables, muchas veces no se ha cumplido. Según, la información de CONADIS, “apenas el cuatro % de los niños con discapacidad tiene acceso al carnet de discapacidad. (p.18)

El CAR Matilde Pérez Palacios, ubicado en San Miguel, el cual tiene seis años de creación y atiende a 100 niños, adolescentes y jóvenes. Los residentes que se encuentran albergadas con diagnósticos de discapacidad física, Problemas de salud, Problema de comportamiento, Parálisis Cerebral, Epilepsia, Síndrome de Dow, Síndrome de Rett, Síndrome de Cornelio de Lange, Síndrome de Pierre Robín, Autismo, Mielo meningocele, Sordera, Ceguera. Siendo estas patologías crónicas de origen congénito, como secuela de traumatismo encéfalo craneano, algunos de ellos permanecen postrados en cama, presentan sonda nasogástrica y gástrica. Sumándose el maltrato físico o psicológico de sus familiares, y el abandono de sus parientes más cercanos. Los residentes se encuentran a cargo directamente del personal de atención permanente, quienes le ofrecen cuidados especiales; alimentación, aseo, vestimenta, recreación, y el amor que tanta falta le hace. El equipo multidisciplinario realiza intervención terapéutica, potenciando y estimulando habilidades en el niño y adolescentes con incapacidad, así mejorando la calidad de vida a los internos del CAR Matilde Pérez Palacios.

En muchas instituciones se albergan a niños y adolescentes con discapacidad intelectual, que son abandonado por sus padres, las causas más comunes de ingreso son, orfandad, violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato físico o psicológico; Los abandonos de los niños, es la extrema pobreza, que muchas veces dificultad su atención en cuanto, a su alimentación y cuidados especiales que requiere el niño con habilidades diferentes. No sabemos la calidad de vida que los padres lo ofrecieron. Han sido internados, por orden judicial que viene del interior del país. Pudiendo estar al lado de sus progenitores, son trasladados a Lima con orden judicial, evidenciándose que el estado lo separa de sus padres, no ven el beneficio primordial del niño y del adolescente de morar con su familia.

La importancia de este trabajo, es saber si el estado peruano garantiza a todas las personas con discapacidad, el goce pleno de sus derechos humanos de la Ley General del Individuo con Incapacidad, N° 29973, facilitando las condiciones para su ejercicio y exigibilidad a los derechos a; la igualdad y no

discriminación, a la libertad y seguridad personal, a la accesibilidad, a la salud y al aseguramiento y el derecho a la educación en los niños y adolescentes con discapacidad. A la vez que está propiciando las transformaciones sociales necesarias para lograr el respeto a su dignidad inherente, y el acceso a las oportunidades sociales, en condiciones de igualdad, respeto por la diferencia, plena inclusión y ausencia de discriminación. Dando así a conocer el nivel de calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad intelectual, que se le brinda en el CAR Matilde Pérez Palacios.

1.4.2 Formulación del problema

Problema General

¿Qué relación existe entre la Política de protección social y la Calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016?

Problema Específico 1

¿Qué relación existe entre la Política de protección social y el Desarrollo personal de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016?

Problema Específico 2

¿Qué relación existe entre la Política de protección social y el Bienestar físico de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016?

Problema Específico 3

¿Qué relación existe entre la Política de protección social y la Inclusión social de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016?

Problema Específico 4

¿Qué relación existe entre la Política de protección social y el Bienestar emocional de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016?

1.5 Hipótesis General

Existe relación significativa entre la Política de protección social y la Calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016.

Hipótesis Específicas 1

Existe relación significativa entre la Política de protección social y el Desarrollo personal de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016.

Hipótesis Específicas 2

Existe relación significativa entre la Política de protección social y el Bienestar físico de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016.

Hipótesis Específicas 3

Existe relación significativa entre la Política de protección social y la Inclusión social de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016.

Hipótesis Específicas 4

Existe relación significativa entre la Política de protección social y Bienestar Emocional de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016.

1.6 Objetivo General

Determinar si existe relación entre la Política de protección social y la Calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

Objetivos Específicos 1

Conocer si existe relación entre la Política de protección social y el Desarrollo personal de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016.

Objetivos Específicos 2

Determinar si existe relación entre la Política de protección social y el Bienestar físico de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016.

Objetivos Específicos 3

Conocer si existe relación entre la Política de protección social y la Inclusión social de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016.

Objetivos Específicos 4

Determinar si existe relación entre la Política de protección social y Bienestar Emocional de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

II. Marco Metodológico

2.1 Variables

Variable 1: Política de protección social

2.1.1 Definición conceptual

Casali, Centrángolo, y Goldschmit (2015) “La protección social abarca una variedad de políticas y acciones en diversos ámbitos que deben promover el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales en el mercado laboral, la alimentación, la salud, las pensiones y el cuidado; también debe buscarse el logro de ciertos niveles dignos de ingreso. Fortifica la capacidad de las estirpes de resguardar a sus hijos y facilita el acceso a bienes de los hombres en situación de exclusión. Estos resultados son los que permiten el equilibrio de situaciones, en la equidad social y la redistribución equitativa de recursos económicos”. (p. 57)

2.2 Definición operacional

La política de protección social, encaminada al logro de promover el ejercicio de los derechos de las personas con incapacidad, medido a través de los derechos a; la igualdad y no discriminación, a la libertad y seguridad personal, a la accesibilidad, a la salud, al aseguramiento, y el derecho a la educación en los niños y adolescentes con discapacidad. (Congreso de la Republica, 2012, p. 20)

Variable 2: Calidad de vida

Definición conceptual

Según Shalock y Verdugo (2012) “La vida representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida objetivo y alto grado de bienestar subjetivo y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de la política sociales en adicción a la satisfacción individual de necesidades. Se considera de importancia en la propia cultura y tiempo siempre que se adhiere a los estándares universales de los derechos humanos”.

Así mismo la participación plena y la aceptación de las personas en la comunidad es otro principio importante de la calidad de vida en las personas. Otro principio esencial afirma que la calidad de vida aumenta cuando las personas perciben que pueden participar en decisiones que afectan a sus vidas. (p. 17)

Definición operacional

Shalock y Verdugo (2012) refiere que “la salud física y mental del individuo, de su grado de independencia, de la calidad de sus relaciones sociales, de su integración social y de sus creencias personales religiosas y espirituales. Medidos a través del desarrollo personal, bienestar físico, inclusión social y la vida en familia”. (p. 17)

2.2 Operacionalización de variables

Arias (2012) “Las variables construye los indicadores para cada dimensión, así como los instrumentos y procedimientos de medición”. (p. 62)

Tabla 1

Operacional de la variable Política de protección social

Dimensión	Indicador	Items	Escala	Rango o niveles
Derecho a la igualdad y no discriminación	Igualdad Equidad	1, 2	Ordinal	Bajo 24 - 28
Derecho a la libertad y Seguridad Personal	Libertad Seguridad personal	3, 4	Siempre: 4 Frecuentemente:3	Regular 29 - 34
Derecho a la Accesibilidad	Acceso a lugares públicos	5, 6	A veces: 2 Nunca: 1	Alto 35- 38
Derecho a la Salud y Aseguramiento	Atención medica Terapia integral SIS	7, 8 9, 10		
Derecho a la Educación	Educación especializada	11, 12		

Tabla 2

Operacional de la variable Calidad de vida

Dimensión	Indicador	Ítems	Escala	Rango o niveles
Desarrollo Personal	Actividad de Vida diaria Capacidad Enseñanza y Aprendizaje	1, -5	Ordinal	Bajo 42 - 48
Bienestar Físico	Atención Sanitaria Salud Preventiva	6, - 10	Siempre: 4 Frecuentemente: 3	Regular 49 - 57
Inclusión Social	Integración y Participación Apoyos	11,- 15	A veces: 2 Nunca: 1	Alto 58 -64
Bienestar Emocional	Afectividad y Emociones Estabilidad Salud Mental	16,- 20		

2.3 Metodología

Se define metodología de la investigación aquella que contiene la descripción y argumentación de las principales decisiones metodológicas adoptadas según el tema de investigación y las posibilidades del investigador.

En este trabajo de investigación fue el método Hipotético deductivo.

Behar (2008) “La esencia del método hipotético deductivo consiste en saber cómo la verdad o falsedad del enunciado básico dice acerca de la verdad o falsedad de la hipótesis que ponemos a prueba”. (p. 40)

Saravia (2006) refirió que “la claridad en el enfoque y estructura metodológica es condición obligada para asegurar la validez de la investigación. Describe el tipo de investigación elegida, su explicación, fundamentación, población, muestra, estrategias de recolección de información y técnicas de análisis de datos”. (p.10)

2.4 Tipo de Estudio

El tipo de estudio fue básico, ya que tiene como finalidad mejorar el conocimiento y comprensión de los fenómenos sociales.

Hernández, Fernández y Baptista (2014) Se llama básica porque es el fundamento de otra investigación”. (p. 72)

Hernández, Fernández y Baptista (2014) “Es Cuantitativo porque para la investigación, recolecta datos para probar la hipótesis basándose en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teoría”. (p. 4)

2.5 Diseño de Investigación

El diseño de la investigación fue Descriptiva Correlacional de tipo No Experimental, Corte Transversal, ya que no se manipuló ni se sometió a prueba las variables de estudio.

En esta investigación nos valemos de la teoría para confrontar con la realidad que observaba.

Hernández, Fernández y Baptista (2014) “Los estudios Descriptivos buscaban especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p. 180)

Hernández, Fernández y Baptista (2014) “Los estudios Correlacionales tienen como propósito conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular”. (p. 81)

Hernández, Fernández y Baptista (2014) “Es No experimental la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables”. (p. 149)

Se da en el caso de la Política de protección social y Calidad de vida de infantes y adolescencias con incapacidad; responde al siguiente esquema:

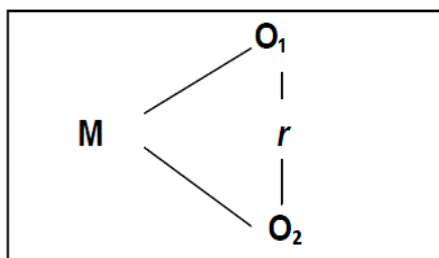


Figura 1: Diagrama de Diseño Correlacional.

Dónde:

M : Muestra.

O1: observaciones de la Variable Política de protección social

O2: observaciones de la Variable Calidad de vida

r: Relación de las variables de estudios. Coeficiente de correlación

2.6 Población, muestra y muestreo

2.6.1 Población

Hernández, Fernández, y Baptista (2014) “La Urbe es el conjunto de personas que concuerda con ciertas características de contenidos, de lugar y el tiempo, a quienes se le va realizar el estudio”. (p.174)

Nuestra investigación cuenta con dos poblaciones o universo de interés, para medir a la variable Política de protección social estaba conformada por 80 Personal de Atención Permanente (PAP), trabajadoras del Centro de Atención Residencial Matilde Pérez Palacio y medir la variable Calidad de Vida la urbe de utilidad en esta investigación, estaba comprendida por 80 niños y adolescentes con discapacidad intelectual del Centro de Atención Residencial Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

Tabla 3

Población de estudio - CAR Matilde Pérez Palacios

Centro de Atención Residencial MPP	Cantidad (Población)
Población del PAP	80
Total	80

Tabla 4

Población de estudio - CAR Matilde Pérez Palacios

Centro de Atención Residencial MPP	Cantidad (Población)
Población de los niños y adolescentes	80
Total	80

Criterios de Inclusión

El personal de atención permanente (PAP), son voluntario que asistieron en el día que se realizaba la encuesta, son trabajadores del Centro de Atención Residencial Matilde Pérez Palacios.

La urbe de los niños y adolescentes, tiene una característica similar están declarado en estado de desprotección familiar y con estado de adoptabilidad, las edades de los niños y adolescentes con discapacidad fluctúan entre 6 a 21 años.

Criterios de Exclusión

El personal de atención permanente (PAP) debido que se encuentran de vacaciones, licencia por embarazo; descanso de pre y post natal, descanso medico son excluido de la prueba de la encuesta.

Debido a su salud, de los niños y adolescentes que se hospitaliza por tener problemas respiratorios de Neumonía, por presentar sondas nasogástricas y gástricas. Un grupo de niños por presentar varicela y al otro grupo de jóvenes por tener más de 22 años.

2.6.2 Muestra

Hernández, Fernández, y Baptista (2014) “La muestra es un subgrupo de la urbe de interés sobre el cual se recolectarán datos, y tiene que definirse con exactitud, este deberá ser representativo de dicha urbe”. (p.173)

El Tamaño de muestra para medir Política de Protección Social y Calidad de vida
Muestra: El tamaño de muestra se calculó con la siguiente fórmula:

Figura 2.

$$n = \frac{Z^2 p(1 - p)N}{e^2(N - 1) + Z^2 p(1 - p)}$$

Donde:

Z=1.96 (para el nivel de confianza del 95%)

e=0.05 (error de estimación)

N=80 (tamaño de población)

p=0.50

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 0.50 (1 - 0.50) 80}{0.05^2 (80 - 1) + (1.96)^2 0.50 (1 - 0.50)} = 66$$

El tamaño de muestra está conformado por 66 personal de atención permanente, son los trabajadores del CAR Matilde Pérez Palacios.

El tamaño de muestra está conformado por 66 niños y adolescentes con discapacidad intelectual del CAR Matilde Pérez Palacios.

Tabla 5

Cantidad de Muestra - CAR Matilde Pérez Palacios

CAR Matilde Pérez Palacios	Cantidad (Muestra)
Personal de Atención Permanente	66
Total	66

Tabla 6

Cantidad de Muestra - CAR Matilde Pérez Palacios

CAR Matilde Pérez Palacios	Cantidad (Muestra)
Niños y adolescentes	66
Total	66

2.6.3 Muestreo

Para la presente investigación el tipo de muestreo que se utilizó fue No Probabilístico, también llamado técnica de muestreo por conveniencia o dirigidas, ya que los elementos de la muestra se eligen a criterio del investigador.

Hernández, Fernández, y Baptista (2014) “El muestreo de este tipo No Probabilístico, la elección de los casos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, si no de la decisión de un investigador o grupos de personas que recolectan datos”. (p.190)

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.7.1 Técnica

Se entenderá por técnica de investigación, el procedimiento o forma particular de obtener datos o información. Para efectos de nuestra investigación se utilizaron dos técnicas: primero para medir la Política de protección social realizado la encuesta a los PAP, y segundo para medir Calidad de Vida que se realizó la los niños y adolescentes con discapacidad.

Itzel (2012)” La técnica empleada para la recolección de datos fue la Encuesta, que “nos indica que es una técnica de investigación que consiste en una interrogación verbal o escrita que se las realiza a las personas con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación. Cuando la encuesta es verbal se suele hacer uso del método de la entrevista; y cuando la encuesta es escrita se suele hacer uso del instrumento del cuestionario, el cual consiste en un documento con un listado de preguntas, las cuales se les hacen a las personas a encuestar”. (p.1)

Hernández, Fernández, y Baptista (2014) “El Cuestionario tal vez sea la herramienta más utilizado para recolectar datos, se fundamenta en un conjunto de preguntas respecto de una o más variable a medir”. (p. 217).

Arias (2012) “La observación es una técnica que consiste en visualizar o captar mediante la vista, en forma sistemática, cualquier hecho, fenómeno o situación que se produzca en la naturaleza, o en la sociedad, en función de un objetivo de investigación pre establecido”. La observación es directa cuando el investigador forma parte activa de la investigación. (p. 69)

2.7.2 Instrumentos

Según la técnica de la investigación, que utilizo es el instrumento para la recolección de información fue el cuestionario.

Al respecto Hernández, Fernández y Baptista (2014) refirieron, que consiste en un conjunto de preguntas de una o más variables a medir. (p. 217)

Descripción del instrumento

El Instrumento de la Variable 1: La Política de protección social

Nombre de la prueba: Política de protección social

Autor: María Antonieta Jacinto Cahuana

Año: 2016

Procedencia: Lima, Perú

Aplicación: individual

Tiempo de Administración: 20 minutos

Objetivo: Conocer comportamiento de la variable política de protección social

Urbe: niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

Dimensiones: Derecho a la igualdad y no discriminación, derecho a la libertad y seguridad personal, derecho a la accesibilidad, derecho a la salud y aseguramiento y el derecho a la Educación.

Norma de estudio: La encuesta se realizó a los PAP del CAR Matilde Pérez Palacios, quienes responderán de acuerdo a la convivencia que tienen con los niños discapacitados.

La encuesta para la variable de política protección social, consistió en 12 preguntas.

Estos ítems midieron variables en la escala de Likert, la escala usada fue de uno al cuatro. Nunca: 1, A veces: 2, Frecuentemente: 3, Siempre: 4.

Para la validez y confiabilidad del instrumento se realizó un estudio piloto con 20 sujetos de similares características del CAR "Esperanza".

En la variable de política de protección social se mencionaron las dimensiones para lo cual se revisaba la literatura de la Ley General de la Persona con Discapacidad N° 29973.

Confiabilidad del Instrumento

Para obtener la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach donde nos indica que él es confiable.

Hernández, Fernández, y Baptista (2014) La Confiabilidad “es el valor en que una herramienta origina resultados consistentes y coherentes”. (p. 200)

Para la confiabilidad del instrumento se realizó un análisis de Alfa de Cronbach como resultado es 0.721, tiene un nivel confiable aceptable.

Tabla 7

Alfa de Cronbach de la variable Política de protección social

<u>Estadísticas de fiabilidad</u>	
	N de
Alfa de Cronbach	elementos
,719	12

Validación del instrumento

Para la validación se realizó mediante la opinión de juicio de expertos quienes fueron cuatro especialistas a quienes con antelación se proporcionó el cuestionario de consulta y examinaron la validez del instrumento propuesto, quienes evaluarán la pertinencia relevancia y claridad.

Hernández, Fernández, y Baptista (2014) “La validación es el valor en que un instrumento en verdad mide la variable que busca medir” (p. 200)

La Validez estaba dada por el juicio de entendidos entre los que se mencionan:

Tabla 8

Validación con juicio de expertos de instrumentos

Nombres	DNI	Grado académico	Opinión de aplicabilidad
Julia Méndez Campos	7699060	Investigación en Docencia de Rehabilitación	Aplicable
Mariela Castilla Quijano	25587373	Asistente Social y directora del CAR Matilde Pérez	Aplicable
Elsa Gúmez de Reyes	8732258	Tecnólogo Médico Docente de UAP	Aplicable
Juana Díaz Mujica	9395072	Docente de Investigación	Aplicable

El instrumento de la Variable 2: Calidad de vida

Nombre de la prueba: Calidad de vida

Autor: María Antonieta Jacinto Cahuana

Año de la población: 2016

Procedencia: Lima, Perú

Aplicación: individual

Tiempo de Administración: 20 minutos

Objetivo: medir la calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad

Tipo de instrumento: Rúbrica de Observación adaptado del Cuestionario de la Escala Kids Life.

Población: Niños y adolescentes del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016.

Consta de cuatro dimensiones: desarrollo personal, bienestar físico, inclusión social y bienestar emocional, agrupadas en veinte preguntas

La aplicación: es inmediata

Norma de estudio: El Evaluador anotaba en cada ítem de acuerdo a lo que ha observado.

El cuestionario para la variable de calidad de vida, consistió en 20 preguntas

Estos ítems midieron las variables en la escala de Likert, la escala usada fue de uno al cuatro. Nunca: 1, A veces: 2, Frecuentemente: 3, Siempre: 4.

Para la confiabilidad de la herramienta se ejecutaba un estudio piloto de 20 sujetos de análogos características.

La Validación está dada por la Universidad de Oviedo e Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) España, 2016.

Para la confiabilidad de la herramienta se realizó un análisis de Alfa de Cronbach como resultado 0.747, tiene un nivel confiable aceptable.

Tabla 9

Alfa de Cronbach de la variable calidad de vida

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,747	20

Alpha de Cronbach da como resultado 0.747, por lo cual afirmamos que el instrumento correspondiente a ambas variables tiene un nivel de confiabilidad aceptable.

En la variable de calidad de vida se utilizó la Escala Kids Life; se adaptaba para ser respondida por un observador externo que conozcan bien a los niños al menos seis meses (siendo cualquier profesional). Se usa dos fichas: la primera es para la condición del residente con discapacidad y el segundo del informador principal que viene hacer los tutores del CAR Matilde Pérez Palacios. Es

importante para la evaluación de la escala Kids Life, usar las fichas para el estudio. Siendo adaptada y validada por los expertos.

2.8 Métodos de análisis de datos

Hernández, Fernández, y Baptista (2014) refirieron que las distribuciones de frecuencias pueden presentarse en forma de histogramas o graficas de otro tipo". (p. 498)

Luego de obtener las fichas del cuestionario se procedió al vaciado de datos en el paquete estadísticos SPSS versión 22, Excel, para su debida tabla estadística. Aplicando el uso de Correlación de Spearman.

Hernández, Fernández, y Baptista (2014) definieron que los Coeficientes de Rho Spearman: "son medidas de correlación para variables en un nivel de medición ordinal; los individuos de la muestra puede ordenarse por rangos." (p. 332)

Hernández, Fernández, y Baptista (2014) definieron que la Prueba de Hipótesis: "son proposiciones tentativas sobre las posibles relaciones entre dos o más variables, indica lo que tratamos de probar. Las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional, que intenta pronosticar una cifra o un hecho. (p. 96)

Nivel de Significación: "Si es menor del valor 0.05, se dice que el coeficiente es significativo en el nivel de 0.05 (95% de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error).

El Alfa de Cronbach es una media de las correlaciones entre las variables que forman parte de la escala. Puede calcularse de dos formas: a partir de las varianzas o de las correlaciones de los ítems (Alfa de Cronbach estandarizado). Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que

los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados.

2.9 Aspectos Éticos

La información y los datos empleados como insumos para el trabajo de investigación se harán a través de cuestionarios y en forma anónima, para el procedimiento de datos Software SSP versión 22, Excel 2010. Se elaboran los registros de datos, tablas de distribución de frecuencias, gráficos y prueba de hipótesis.

III. Resultados

3.1 Estadísticos descriptivos

Tabla 10

Género de los niños y adolescentes con discapacidad

N°	Género	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
1	Hombre	37	56,1%	37
2	Mujer	29	43,9%	66
	Total	66	100,0%	

Interpretación:

De la observación que se realizó a los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016. Se observó de los 66 niños y adolescentes, los varones representaba a la mayoría, representando estos un 56.1% del total, mientras que un 43.9% del total lo conforman las mujeres.

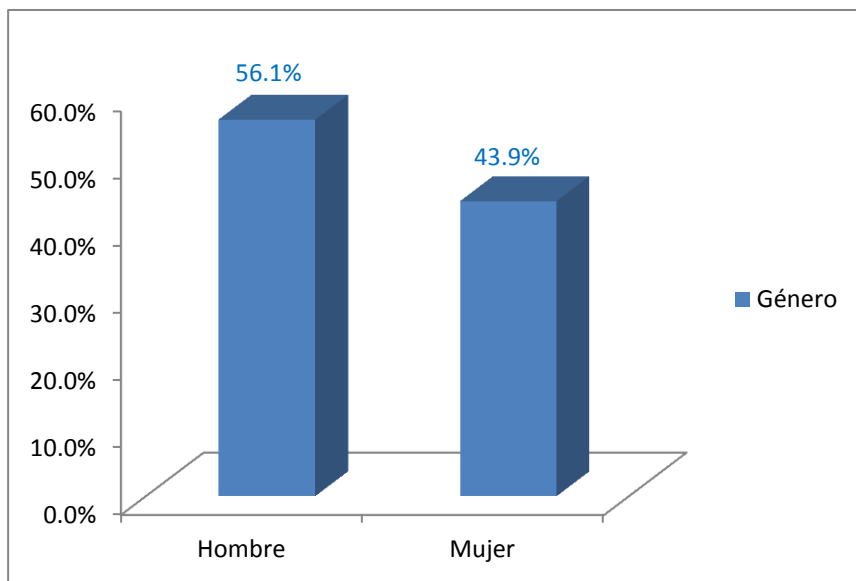


Figura 3: Género de los niños y adolescentes con discapacidad

Tabla 11

Edad de los niños y adolescentes con discapacidad

N°	Edad	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
1	6 años a 9 años	7	10,6%	7
2	10 años a 13 años	23	34,8%	30
3	14 años a 17 años	20	30,3%	50
4	18 años a 21 años	16	24,2%	66
	Total	66	100,0%	

Interpretación:

De la observación que se realizó a los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016. Se observó que cerca del 45.4% son niños entre 6 años a 13 años de edad. Predominando el 54.4% son los adolescentes y jóvenes entre 14 años a 21 años.

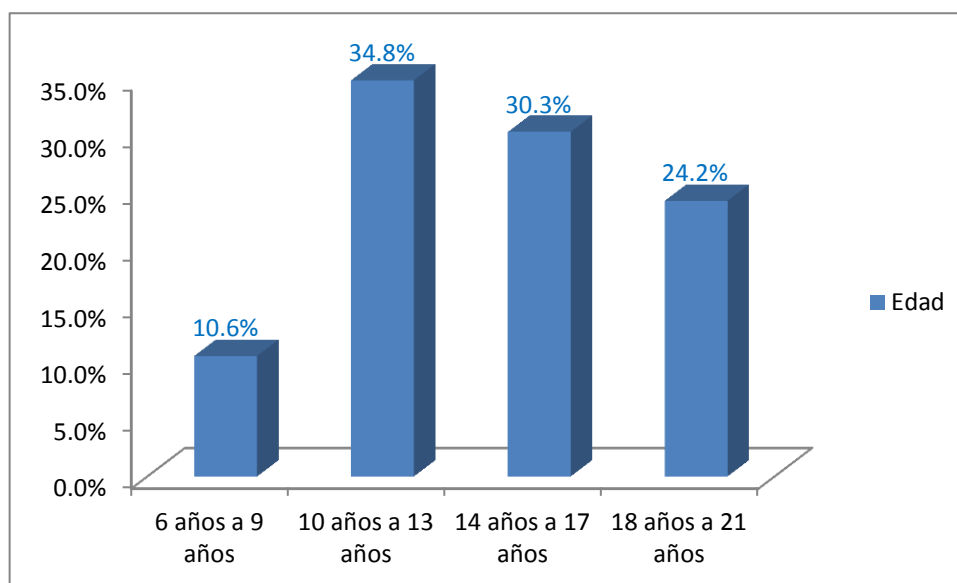


Figura 4: Edad de los niños y adolescentes con discapacidad

Interpretación:

Es importante esta figura, por mostrarnos que el mayor porcentaje es 34.8% de la población que se va trabajar representando a los adolescentes de edades entre 10 a 13 años de edad.

Tabla 12

Distribución de diagnóstico médico de los niños, adolescentes con discapacidad

N°	Diagnósticos	Frecuencia	F. Relativa	F. Acumulada
1	Parálisis Cerebral	26	39,4%	26
2	Trastorno del Espectro del Autismo	5	7,6%	31
3	Síndrome de Down	4	6,1%	35
4	Problemas de Salud Mental	11	16,7%	46
5	Discapacidad Sensorial Auditiva/sordera	2	3,0%	48
6	Discapacidad Sensorial Visual	7	10,6%	55
7	Síndrome de Rett	1	1,5%	56
8	Problemas del Comportamiento	1	1,5%	57
9	Epilepsia	6	9,1%	63
10	Discapacidad Física /Lim. Mot. En Extremidades Sup.	0	0,0%	63
11	Discapacidad Física /Lim. Mot. En Extremidades Inferiores	0	0,0%	63
12	Mielo meningocele	1	1,5%	64
13	Síndrome de Cornelio de Lange	1	1,5%	65
14	Síndrome de Pierre Robín	1	1,5%	66
	Total	66	100,0%	

Interpretación:

De la distribución de diagnóstico médico es más frecuente la parálisis cerebral, seguido de los problemas de salud mental lo que reflejan la magnitud de severidad de los daños en estos niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016.

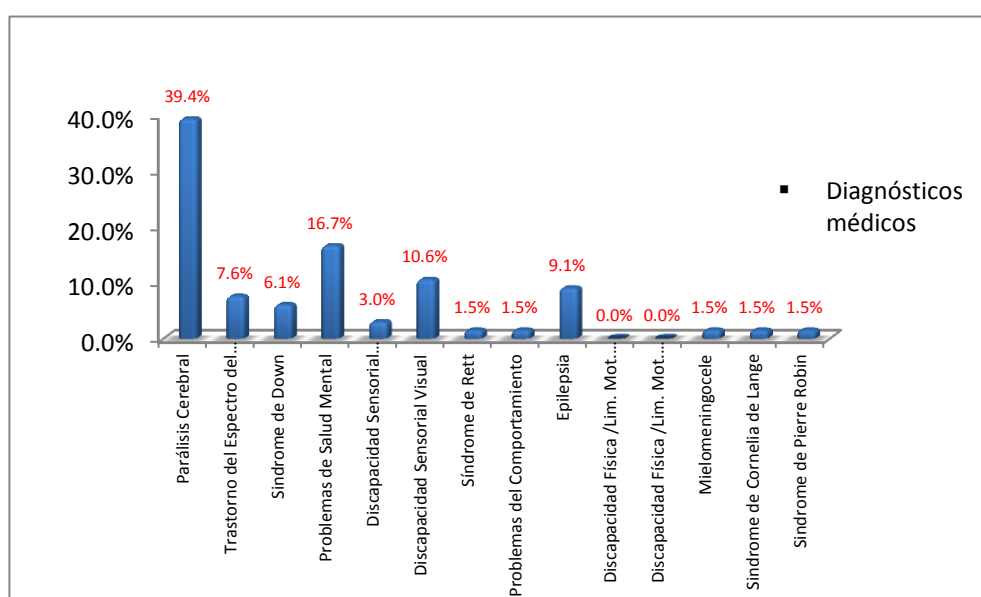


Figura 5: Distribución de diagnóstico médico de los niños y adolescentes con discapacidad

Interpretación:

De la figura 5 es importante informar que el 100% de la población tiene un diagnóstico de Retardo Mental: Leve, Moderado, Severo, Profundo. La mayoría tuvo un diagnóstico de Parálisis Cerebral representando el 39.4% de la población.

Tabla 13

Tiempo de Permanencia de los niños y adolescentes

N°	Tiempo de Permanencia	Frecuencia	F. Relativa	F. Acumulada
1	0 años a 4 años	14	21,2%	14
2	5 años a 9 años	50	75,8%	64
3	10 años a 14 años	0	0,0%	64
4	15 años a 18 años	2	3,0%	66
Total		66	100,0%	

Interpretación:

De la observación que se realizó a los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016. Se observó que la mayoría de ellos tienen de 5 a 9 años de tiempo de permanencia, representado un 75.8% del total. Así mismo tiene de 0 (6 meses) a 4 años de tiempo de permanencia de un 21.2%. También tiene de 15 a 18 años de tiempo de permanencia de un 3.0% del total.

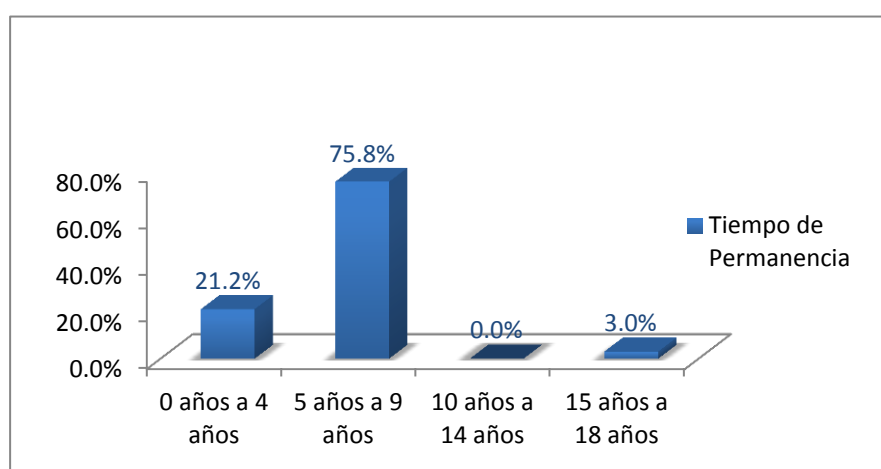


Figura 6: Tiempo de Permanencia de los niños y adolescentes

Es importante mencionar la Figura 6, para saber el tiempo de permanencia de la población, siendo importante para la evaluación de la Escala Kids Life.

Tabla 14

Nivel de discapacidad intelectual de los niños y adolescentes

N°	Nivel de Discapacidad Intelectual	Frecuencia	F. Relativa	F. Acumulada
1	Leve	1	1,5%	1
2	Moderado	6	9,1%	7
3	Severo	27	40,9%	34
4	Profundo	32	48,5%	66
	Total	66	100,0%	

Interpretación:

De la observación que se realizó a los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016. Se observaba que el nivel de discapacidad intelectual severa y profunda, están representado por cerca del 89.4% del total. Siendo la población el nivel de discapacidad intelectual leve y moderado por cerca del 10.6%.

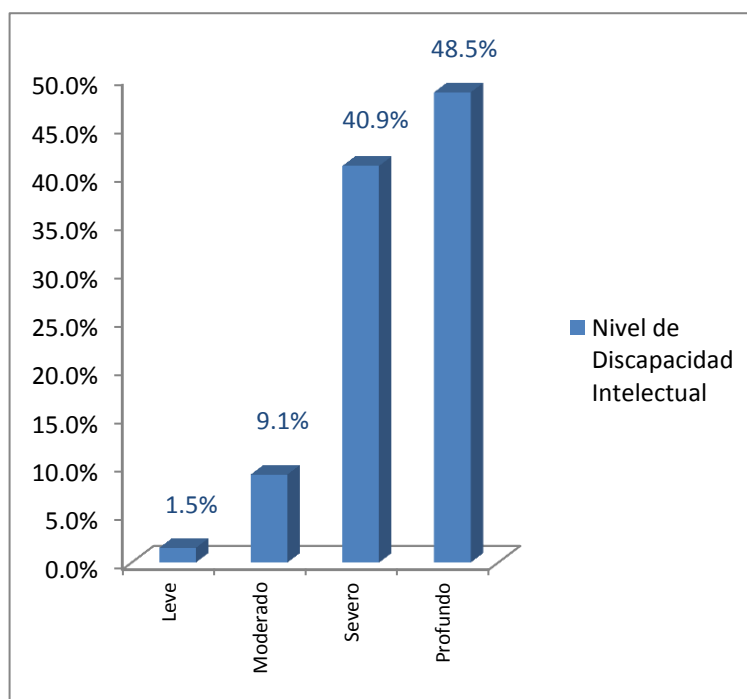


Figura 7: Nivel de discapacidad intelectual de los niños y adolescentes

Tabla 15

Nivel de Necesidad de apoyo de los niños y adolescentes

N°	Nivel de Necesidad de Apoyo	Frecuencia	F. Relativa	F. Acumulada
1	Limitado	0	0,0%	0
2	Intermitente	3	4,5%	3
3	Extenso	23	34,8%	26
4	Generalizado	40	60,6%	66
	Total	66	100,0%	

Interpretación:

De la observación que se realizó a los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016. La necesidad de apoyo refleja la discapacidad intelectual con lleva a que cerca al 95.4% tenga una necesidad de apoyo extenso y generalizado; y un mínimo de porcentaje de más o menos del 4.5% necesita apoyo intermitente. Es decir que solo el 0.0% tiene apoyo limitado, cerca del 50% necesita apoyo extenso. Es decir que el CAR Matilde Pérez Palacios necesita tener apoyo de personas voluntarios, para realizar las actividades diarias de los niños y adolescentes en el centro.

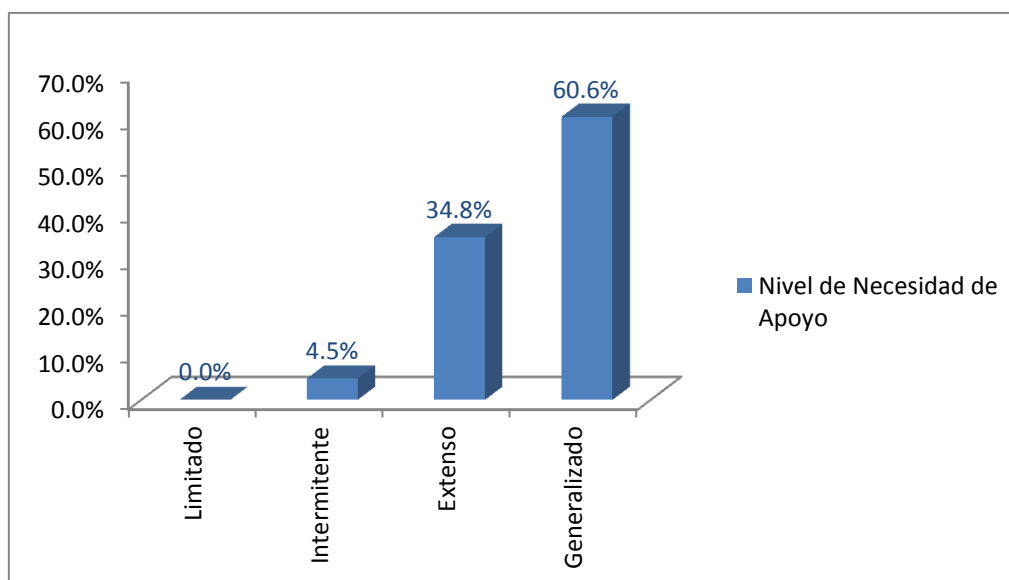
*Figura 8 Nivel de necesidad de apoyos de los niños y adolescentes*

Tabla 16

Nivel de política de protección social de los niños y adolescentes

	Frecuencia	Porcentaje
Alto	19	28,8
Bajo	4	6,1
regula	43	65,2
Total	66	100,0

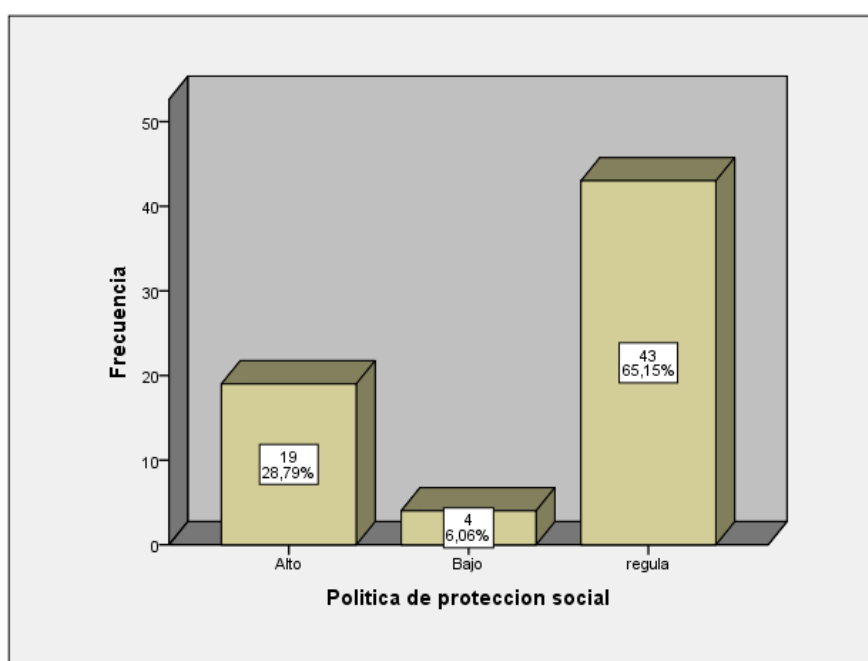


Figura 9 Nivel de política de protección social de los niños y adolescentes

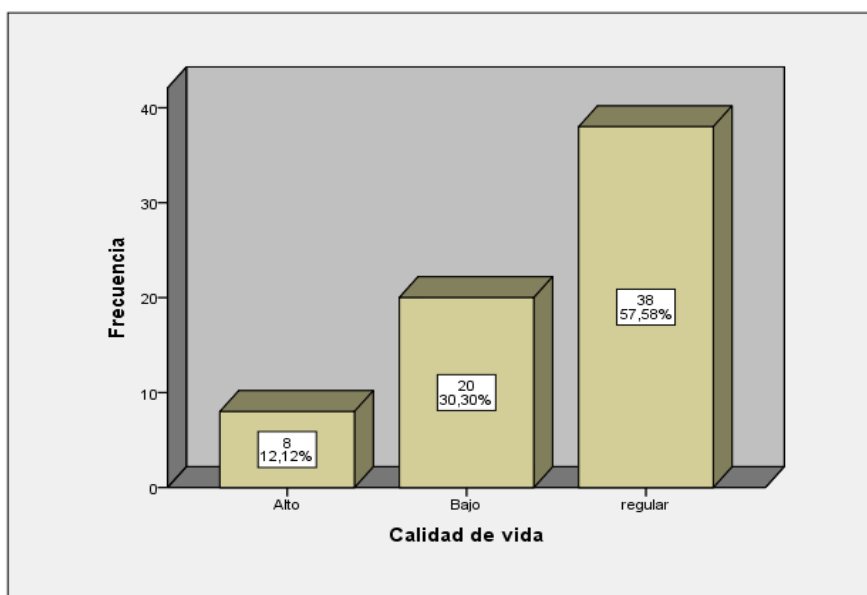
Interpretación: Se observó que existía una mayor proporción de niños con un nivel regular de percepción de política de protección social, siendo estos representaba por un 65.15% equivalente a 43 niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, seguido de un 28.79% (19 niños y adolescentes) con un nivel alto.

Mientras que solo un 6.06% equivalente a 4 niños y adolescentes con discapacidad tienen un nivel bajo de política de protección social.

Tabla 17

Niveles de calidad de vida niños y adolescentes

	Frecuencia	Porcentaje
Alto	8	12,1
Bajo	20	30,3
regular	38	57,6
Total	66	100,0

*Figura 10 Nivel de calidad de vida de los niños y adolescentes*

Interpretación: Se observó que existía una mayor proporción de niños y adolescentes con una calidad de vida de nivel regular, siendo estos representados por un 57.58% equivalente a 38 niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, seguido de un 30.30% (20 niños y adolescentes) con un nivel bajo. Mientras que solo un 12.12% (8 niños y adolescentes con discapacidad) tienen un nivel alto de calidad de vida.

3.2 Prueba de Hipótesis General:

H0: No existe relación entre la Política de protección social y Calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

H1: Existe relación significativa entre la Política de protección social y Calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

Tabla 18

Correlaciones de Spearman entre la Política de protección social y Calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad.

		Política de protección social	Calidad de vida
Rho de Spearman	Política de protección social	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.000
		N	66
	Calidad de vida	Coeficiente de correlación	.611**
		Sig. (bilateral)	.000
		N	66

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Interpretación:

En la Tabla 18: se presentan los resultados para contrastar la hipótesis general. Se obtenía un coeficiente de correlación Rho de Spearman de $r=0.611^{**}$, este grado de correlación indica que la relación entre las variables fue positiva considerable. Según (Hernández, et al 2003, p. 532), la significación de $p=0.000$ muestra que es ($p < 0.05$), con lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, se puede afirmar que existe una relación moderada y directa entre la aplicación de la política de protección social y calidad de vida; es decir a mejor política de protección social existió mejor calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad del centro.

Hipótesis Específica 1:

H0: No existe relación significativa entre la Política de protección social y el Desarrollo personal de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR

Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

H1: Existe relación significativa entre la Política de protección social y el Desarrollo Personal de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR

Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

Tabla 19

Correlaciones de Spearman entre la Política de protección social y el Desarrollo personal de los niños y adolescentes con discapacidad.

			Política de protección social	Desarrollo personal de los niños
Rho de Spearman	Política de protección social	Coeficiente de correlación	1,000	.626**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	66	66
	Desarrollo personal de los niños y adolescentes	Coeficiente de correlación	.626**	1,000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	66	66

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Interpretación:

En la Tabla 19: se presentan los resultados para contrastar la hipótesis específica uno: Se obtenía un coeficiente de correlación Rho de Spearman de $r=0.626^{**}$, este grado de correlación indica que la relación entre las variables fue positiva considerable. Según (Hernández, et al 2003, p. 532), la significación de $p=0.000$ ($p < 0.05$), con lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, se puede afirmar que existe una relación moderada y directa entre política de protección social y el desarrollo personal, es decir a mejor aplicación

de la política de protección social existirá mejor el desarrollo personal de los niños y adolescentes con discapacidad del centro.

Hipótesis Específica 2:

H0: No existe relación significativa entre la Política de protección social y el Bienestar físico de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR
Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

H1: Existe relación significativa entre la Política de protección social y el Bienestar físico de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR
Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

Tabla 20

Correlaciones de Spearman entre la Política de protección social y el Bienestar físico de los niños y adolescentes con discapacidad.

			Política de protección social	Bienestar físico de los niños
Rho de Spearman	Política de protección social	Coeficiente de correlación	1,000	.579**
		Sig. (bilateral)	.	.000
		N	66	66
	Bienestar físico de los niños	Coeficiente de correlación	.579**	1,000
		Sig. (bilateral)	.000	.
		N	66	66

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Interpretación:

En la Tabla 20: se presentan los resultados para contrastar la hipótesis específica dos: Se obtenía un coeficiente de correlación Rho de Spearman de $r=0.579^{**}$, este grado de correlación indica que la relación entre las variables fue positiva considerable. Según (Hernández, et al 2003, p. 532), la significación de $p=0.000$ ($p < 0.05$), con lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, se puede afirmar que existe una relación moderada y directa entre

política de protección social y el bienestar físico; es decir a mejor aplicación de la política de protección social existirá mejor el Bienestar físico de los niños y adolescentes con discapacidad del centro.

Hipótesis Específica 3:

H0: No existe relación significativa entre la Política de protección social y la Inclusión Social de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR
Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

H1: Existe relación significativa entre la Política de protección social y la Inclusión Social de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

Tabla 21

Correlaciones de Spearman entre la Política de protección social y la Inclusión Social de los niños y adolescentes con discapacidad.

			Política de protección social	Inclusión Social de los niños
Rho de Spearman	Política de protección social	Coeficiente de correlación	1,000	.338**
		Sig. (bilateral)	.	.005
		N	66	66
	Inclusión Social de los niños	Coeficiente de correlación	.338**	1,000
		Sig. (bilateral)	.005	.
		N	66	66

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Interpretación:

En la Tabla 21: se presentan los resultados para contrastar la hipótesis específica tres. Se obtenía un coeficiente de correlación Rho de Spearman de $r=0.338^{**}$, este grado de correlación indica que la relación entre las variables fue positiva media. Según (Hernández et al, 2003, p. 532), la significación de $p=0.000$ ($p < 0.05$), con lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por

lo tanto, se puede afirmar que existe una relación moderada y directa entre la política de protección social y la Inclusión Social; es decir a mejor aplicación de la política de protección social existirá mejor la Inclusión Social de los niños y adolescentes con discapacidad en el centro.

Hipótesis Específica 4:

H0: No existe relación significativa entre la Política de protección social y el Bienestar emocional de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR
Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

H1: Existe relación significativa entre la Política de protección social y el Bienestar emocional de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR
Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

Tabla 22

Correlaciones de Spearman entre la Política de protección social y el Bienestar emocional de los niños y adolescentes con discapacidad.

			Política de protección social	Bienestar emocional de los niños
Rho de Spearman	Política de protección social	Coeficiente de correlación	1,000	,297**
		Sig. (bilateral)	.	,015
		N	66	66
	Bienestar emocional de los niños	Coeficiente de correlación	,297**	1,000
		Sig. (bilateral)	,015	.
		N	66	66

*. La correlación es significativa en el nivel 0,01(bilateral).

Interpretación:

En la Tabla 22: se presentan los resultados para contrastar la hipótesis específica cuatro. Se obtenía un coeficiente de correlación Rho de Spearman de $r=0.297^{**}$,

este grado de correlación indica que la relación entre las variables fue positiva media. Según (Hernández, et al 2003, p. 532), la significación de $p=0.000$ ($p < .05$), con lo con el cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, se puede afirmar que existe una relación moderada y directa entre la política de protección social y el bienestar emocional, es decir a mejor política de protección social existirá mejor bienestar emocional de los niños y los adolescentes con discapacidad en el centro.

IV. Discusión

En nuestra investigación la hipótesis general, como se muestra en la Tabla 18, los resultados de la hipótesis respecto a la relación entre la política de protección social y calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad, se presentaba una correlación positiva considerable de (Rho: 0.611) entre estas dos variables. Este resultado coincide con los planteamientos de Camacho, Fraga, Jacones, Albán (2013), donde la política de protección social y calidad de vida de las personas con discapacidad, recibía el apoyo de la protección social del estado, restaurando los derechos: a la igualdad y no discriminación, a la libertad y seguridad personal, a la accesibilidad, a la salud, al aseguramiento, y la educación. Evidenciándose así, que se mejoraba la calidad de vida, respecto al desarrollo personal, bienestar físico, inclusión social, bienestar emocional de los niños y adolescentes con invalidez de la población de Ecuador.

En relación a la hipótesis específica uno; como se muestra en la Tabla 19, el resultado de la hipótesis respecto a la relación entre la política de protección social y Desarrollo personal, obtenía un resultado de correlación positiva considerable de (Rho: 0.626), entre las dos variables. Esto concuerda con lo expuesto por Sotelo, Domínguez y Barbosa (2013), donde las personas con incapacidad, se le estimularon su desarrollo en las distintas áreas: cognitiva, social, sensorial, emocional, motora gruesa y fina. La calidad de vida que se les brindaba, es importante, ellos lograron tener la capacidad de realizar sus actividades de la vida diaria, se evidenciaba en su Desarrollo personal de los niños y adolescentes con incapacidad intelectual de la población de Perú.

En relación a la hipótesis específica dos; como se muestra en la Tabla 20, el resultado de la hipótesis respecto a la relación entre la política de protección social y Bienestar Físico, se obtenía una correlación positiva considerable de (Rho: 0.579) entre estas dos variables. Este resultado coincide con lo hallado por Silva (2012), donde la política de protección social del estado, respecto al bienestar físico, examinaba la salud con mayor incidencia, donde se tiene un plan de salud preventiva y recibía el apoyo de los profesionales sanitarios. El estado ofrece una mejor perspectiva de darle una mejor Calidad de Vida, se evidenciaba

en su salud física de los niños y adolescentes con invalidez de la población de Nicaragua.

En relación a la hipótesis específica tres; como se muestra en la Tabla 21, el resultado de la hipótesis respecto a la relación entre la política de protección social y la Inclusión social, se obtenía una correlación positiva media de ($Rho: 0.338$) entre estas dos variables. Esto concuerda con el trabajo de Áfrico (2013) en el cual se aseguró que las personas con discapacidad tienen una inclusión social dentro del estado y la sociedad. Reciben el apoyo de su comunidad, que les brindaba acceso al juego, a la recreación, y al entrenamiento al deporte en la loza deportiva de su comunidad, donde los niños y adolescentes con discapacidad se integran con los demás niños sin habilidad especiales, se beneficiaba la población de Ecuador.

En relación a la hipótesis específica cuatro; como se muestra en la Tabla 22, el resultado de la hipótesis respecto a la relación entre la política de protección social y el Bienestar emocional de los niños y adolescentes; se obtenía una correlación positiva media de ($Rho: 0.297$) entre estas dos variables. Esto concuerda con lo expuesto por Meresman (2013), quien refería que los individuos con incapacidad tengan un mejor bienestar emocional de sentirse tranquilo, no estar nerviosos, gozan de afecto, cariño y amor. Recibe visita de sus familiares más cercanos (padres, hermanos, tíos, etc.). Se comprobaron la calidad de vida que se les brindaba a los niños y adolescentes con discapacidad de población Uruguay.

V. Conclusión

Primera: Existe una relación moderada y directa entre la aplicación de la política de protección social y calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad en el centro: es decir a mejor política de protección social existirá mejor calidad de vida. ($p=0.000$ y $Rho =0.611$). Es importante que el estado peruano garantiza a todas las personas con discapacidad, el goce pleno de sus derechos de los niños y adolescentes con discapacidad intelectual, así nos permitió restablecer la calidad de vida de los niños y adolescentes con habilidades diferentes, que les brindaba el CAR Matilde Pérez Palacios.

Segunda: Existe una relación moderada y directa entre la aplicación de la política de protección social y desarrollo personal de los niños y adolescentes con discapacidad en el centro: es decir a mejor política de protección social existirá mejor desarrollo personal. ($p=0.000$ y $Rho =0.626$). Es importante dejar que ellos participan en la programación de sus actividades diarias, para mejor su desarrollo personal de los niños y adolescentes con discapacidad intelectual.

Tercera: Existe una relación moderada y directa entre la aplicación de la política de protección social y bienestar físico de los niños y adolescentes con discapacidad en el centro: es decir a mejor política de protección social existe mejor bienestar físico. ($p=0.000$ y $Rho=0.579$). Es importante tomar medidas específicas para prevenir o tratar problemas derivados a la discapacidad físicas, reciben el tratamiento de rehabilitación, siendo necesarios realizar ejercicios terapéuticos adecuados a sus características y necesidades de cada niños y adolescentes con discapacidad intelectual.

Cuarta: Existe una relación moderada y directa entre la aplicación de la política de protección social y la inclusión social de los niños y adolescentes con discapacidad en el centro: es decir a mejor política de protección social existe mejor inclusión social. ($p=0.000$ y $Rho=0.338$). Darle la oportunidad de integrarse con sus compañeros de clase, la comunidad

y su entorno debe consentir que los niños y adolescentes realicen juegos, recreación, deporte en la loza deportiva de su comunidad. Es importante la integración de los niños y adolescentes con discapacidad con otros niños sin habilidades diferentes, así sentirse integrados ante la sociedad y mejoraba su autoestima.

Quinta: Existe una relación moderada y directa entre la aplicación de la política de protección social y el bienestar emocional de los niños y adolescentes con discapacidad en el centro: es decir a mejor política de protección social existe mejor bienestar emocional ($p=0.000$ y $Rho=0.297$). Es importante conocer sus emociones y la salud mental de los niños y adolescentes con discapacidad. Es primordial el cariño y el interés que le brindaba el personal de atención permanente, los estudiantes, los voluntarios y el personal de Equipo Técnico.

VI. Recomendaciones

Primera: Vigilar el cumplimiento de la política de protección social en el derecho a la salud para mejorar la calidad de vida en el bienestar físico de los niños y adolescentes con discapacidad. Los programas de la política de protección social relacionado al derecho a la salud, se cumplía según la ley general de las personas con discapacidad, que se lleva a cabo en la institución. Se tiene que monitorear constantemente a todos los residentes para saber realmente si recibía una calidad de vida los niños y adolescentes con discapacidad en el CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

Segunda: Contar con un personal especializado y competente como: el personal de atención permanente, técnicos, profesionales, médicos, etc. Para optimizar la atención de calidad de los programas y servicios de atención que se le brindaba a los niños y adolescentes con incapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.

Tercera: Todos los funcionarios, profesionales, técnicos, que interviene en la atención a la niñez y adolescencia con discapacidad deben estar obligado a tener claro conocimiento de la Convención Internacional de los Derechos Humanos, estos valores son fundamentales y encierra la doctrina de la política de protección social. Esto nos va sensibilizar y poder conocer las leyes de las personas con discapacidad que le ampara. Así poder nosotros respetar y hacerlos cumplir en nuestro centro de atención residencial Matilde Pérez Palacios.

Cuarto: Los trabajadores del CAR Matilde Pérez Palacios tienen que tener un compromiso con la atención que brindaba a los residentes del centro atención residencial, poner mayor interés en la salud de los tutelados, en su bienestar físico, en su calidad de vida. Dándole una atención especial de los niños y adolescentes con discapacidad del centro.

Quinto: Es importante el uso de las fichas de la Escala de Kids Life en las diversas instituciones del CAR, CPE para hacer la evaluación de la calidad de vida en el bienestar físico de los niños y adolescentes con discapacidad.

Sexto: Implementar en futuras investigaciones instrumentos elaborados que sirvan para evaluar las otras dimensiones de calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad del centro.

VII. Referencias

- Acuario, M (2013). *Análisis de la atención a las personas con discapacidad a Través de los programas y servicios de accesibilidad y recreación, para grupos de atención prioritaria en la provincia de Cotopaxi en el año 2012*. (Tesis de maestría, Universidad Técnica particular de Loja) Ecuador.
- Áfrico, C (2013). *Política pública para el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social en Honduras*. Honduras
Recuperado:www.salud.gob.hn/documentos/upg/taller-de-rutas-para-lasostenibilidad-de-politicas-publicas-politica-de-discapacidad.pdf.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica* (6a ed.). Caracas, Venezuela: Episteme. Recuperado de: <http://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACI%C3%93N-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>.
- Behar, D (2008). *Metodología de la investigación*. España: Editorial Shalom
Recuperado:<http://digital.unicv.edu.cv/bitstream/123456789/106/3/Libro%20metodologia%20investigacion%20este.pdf>.
- Camacho, A., Fragua, G., Jacone, F., y Albán, D. (2013). *Política de atención a personas con discapacidad en el Ecuador hacia un modelo de exportación*. Agendas estratégicas e integración. Línea de Sur 6.pp.95-110.Recuperado:
www2.congreso.gob.pe/sicr/cendoebib/con4-vibd.nsf/70F424D8CE43CB55B5757F11007460B5
- Casali, P., Centràngolo, O., y Goldschmit, A., (2015). *Análisis integral de la protección social en el Perú*. (1a ed.) UNICEF. Lima. Perú.

Congreso de la República. (2012). Ley 29973. Ley de la persona con discapacidad. Diario “El Peruano”, normas legales. Lima, lunes 24 de diciembre del 2012. Recuperado de: http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13649/PLAN_13649_Ley_General_de_las_Personas_con_Discapacidad_2013.pdf.

Gobierno de Honduras (2011). *Política de Protección Social de la Republica de Honduras*. Honduras: 2010-2018.

Gómez, L., & Morán, L. (2016). *Evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad intelectual: Escala Kids Life*. Universidad de Salamanca. España.
Recuperado: e.inico@usal.es // <http://inico.usal.es>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). México D.F., México: McGraw-Hill / Interamericana Editores SA.

Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI (2014). *Primera encuesta nacional especializada sobre discapacidad 2012*. Lima, Perú.
Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1171/ENEDIS%202012%20-%20COMPLETO.pdf.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – Unicef (2013). *Estado mundial de la infancia 2013. Niñas y niños con discapacidad*. Nueva York, EEUU. Recuperado de: https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf.

- Manya, A. (2011). *Discapacidad y Calidad de vida*. (Tesis en Maestría, Universidad San Martín de Porres) Lima, Perú. RLE.09.1, pp: 57-61
Recuperado:
Email: angelmanya@terra.com.pe/armamanya@hotmail.com
- Maños, F, y Castillo, M. (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. (1a ed.) Madrid, España. Recuperado:
E-mail: publicaciones@imserso.es <http://www.imserso.es>.
- Matute, G. (2008). *Programas Sociales en el Perú*, Elementos para una propuesta desde el control gubernamental, Contraloría General de la República de Perú. Lima. Perú.
Recuperado: Emai.controloria@controloria.gob.pe
Web: www.controloria.gob.pe
- Martínez, A., Uribe, A., Velázquez, H. (2014). VII *La Discapacidad y su estado actual, en la Legislación Colombiana*. (Tesis en Maestría, Universidad Pontificia Bolivariana). Colombia.
- Meresman, S. (2013). *La situación de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en Uruguay*. La oportunidad de la inclusión. Unicef. Montevideo. Uruguay. Recuperado de:
E-mail: montivideo@unicef.org/www.unicef.org/uruguay
- Instituto Interamericano del Niño (2002). *Fichas sobre niñez y adolescencia en riesgo social*. Montevideo, Uruguay: Autor. Recuperado de:
<https://culturadelalegalidad.org.mx/recursos/Contenidos/Infanciayadolescencia/documentos/Derechos%20del%20ni%F1o.pdf>.
- PNAIA (2013). *Segundo Informe Anual de Avances del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2021*. Ministerio de la Mujer de la Población Vulnerable. Lima. Perú.

- Pérez, N. (2013). *La política pública en el Ecuador y su incidencia en el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con discapacidad* (Tesis de maestría, Universidad Técnica Particular de Loja). Quito, Ecuador. Recuperado de: http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/418/Tes_PerezLarreaNM_PoliticaPublicaEcuador_2013.pdf?sequence=1.
- Ramos, M (2011). *Niños, niñas y adolescentes en abandono: aportes para un nuevo modelo de atención* Defensoría del Pueblo. Lima. Perú.
Recuperado en Internet: <http://www.defensoria.gob.pe>. Lima, Perú.
- Rivas, J. (2011). *Tipos de justificación en la investigación. Métodos y Técnicas de Investigación*. Recuperado de: <http://elaborapasoapaso.com/blog/>.
- Save the Children (2012). *El acceso de niñas, niños y adolescentes con discapacidad a servicios de protección ante situaciones de violencia, maltrato y abandono*. Lima, Perú: Autor. Recuperado de: <http://www.savethechildren.org.pe/wp-content/uploads/2012/09/ESTUDIO-ACCESO-PARA-PRESENTACION.pdf>.
- Saravia, G. (2006). *Metodología de investigación científica*. Orientación metodológica para la elaboración de proyectos e informes de investigación.
- Silva, Cl. (2012). *Calidad de vida relacionada con la salud de niños, niñas y adolescentes en centros de Protección especial en Nicaragua*. (Tesis en maestría, Universidad de Chile) Managua. Nicaragua.
- Sotelo, N. Sotelo, L. Domínguez, S. Barboza, M. (2012). *Estudio comparativo de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados de Lima y Ancash*. Decana del Colegio de psicólogo del Perú-CDR-I Docente de la Facultad de Psicología de la UNMSM Y UICV. Recuperado en

Correo E-mail:noesotelo2002@yahoo.es

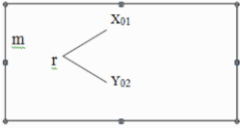
Organización Mundial de la Salud – OMS (2011). *Resumen informe mundial sobre la discapacidad*. Malta: Autor. Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1.

Vásquez, A, Zapata, V. Waishan, M., Plancheta, K. (2015). *Investigación aplicada sobre la Inclusión de personas con discapacidad en los sistemas de protección social .Análisis de las políticas de protección social*. Lima. Perú.

VIII. Apéndices

ANEXO N°1 Matriz de Consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA								
TÍTULO: Política de protección social y calidad de vida de niños y adolescente con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.								
AUTOR: María Antonieta Jacinto Cahuana								
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES					
Problema principal: ¿Qué relación existe entre la Política de protección social y la Calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad de parte del personal de apoyo del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel 2016?	Objetivo general: Determinar si existe relación entre la Política de protección social y la Calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel 2016.	Hipótesis general: Existe relación significativa entre la política de protección social y calidad de vida de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.	Variable 1 :					
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos		
			D. a la igualdad y no discriminación	1.- Igualdad Equidad	1.- 1 , 2	1.- Nunca		
			D. a la libertad y seguridad personal	2.- Libertad y Seguridad	2.- 3, 4	2.- A veces		
			D. a la Accesibilidad	3.- Acceder a ciertas cosas	3.- 5, 6	3.- Frecuente		
Problemas específicos : ¿Qué relación existe entre la Política de protección social y el Desarrollo personal de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel 2016?	Objetivos específicos: Conocer si existe relación entre la Política de protección social y el Desarrollo personal de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016.	Hipótesis específicas: Existe relación significativa entre la Política de protección social y el desarrollo personal de los niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel 2016.	4.- Atención medica	4.- 7, 8, 9, 10	4.- Siempre			
			D. a la Salud	5.- Educación especializada	5.- 11, 12	Bajo		
			D. al Aseguramiento			24 -28		
			D. a la Educación			Regular		
						29 -34		
Variable 2 :	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos				
					Desarrollo Personal	1.- Actividades de la vida diaria	1.- 13, 14, 15, 16, 17	1.- Nunca
					Bienestar físico	Aprendizaje	2.- 18, 19, 20, 21, 22	2.- A veces
					Inclusión social	2.- Atención sanitaria	3.- 23, 24, 25, 26, 27	3.- Frecuente
					Bienestar emocional	3.- Integración y participación	4.- 28, 29, 30, 31, 32	4.- Siempre
					Bajo: 42-48			
					Regular: 49 -57			
					Alto: 58 - 64			

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA E INFERENCIAL
<p>TIPO: Básico No Experimental, Transversal</p> <p>DISEÑO: Descriptivo Correlacional</p> <p>METODO: Hipotético Deductivo</p> <p>El esquema del presente diseño es el siguiente:</p>  <p>Dónde:</p> <p>m = Muestra</p> <p>Y = PPS</p> <p>X = CV</p> <p>r = Relación</p>	<p>POBLACIÓN:</p> <p>80 tutores, 80 niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.</p> <p>TIPO DE MUESTRA:</p> <p>No Probabilístico</p> <p>TAMAÑO DE MUESTRA:</p> <p>66 personal de atención permanente 66 niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016.</p>	<p>Variable 1: Política de protección social</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos : Cuestionario</p> <p>Autor: María Jacinto Cahuana</p> <p>Monitoreo: Validación por juicio de expertos y confiabilidad por el coeficiente de Alfa de Cronbach.</p> <p>Ámbito de Aplicación: CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016</p> <p>Forma de Administración: Individual</p> <p>Variable 2: calidad de vida</p> <p>Técnicas: Cuestionario</p> <p>Instrumentos : Rubrica, Observación</p> <p>Autor: María Jacinto Cahuana</p> <p>Año: 2016</p> <p>Monitoreo: Validación por juicio de expertos y confiabilidad por el coeficiente Alfa de Cronbach</p> <p>Ámbito de Aplicación: CAR Matilde Pérez Palacios, San Miguel, 2016</p> <p>Forma de Administración: Individual</p>	<p>DESCRIPTIVA:</p> <p>-Tablas de frecuencia y figuras estadísticas.</p> <p>INFERENCIAL:</p> <p><u>Coeficiente de Correlación de Spearman</u></p> $r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^n d_i^2}{n^3 - n}$ <p>Dónde:</p> <p>rs = Coeficiente de correlación por rangos de Spearman</p> <p>Σ= Diferencia entre los rangos d = Diferencia entre los correspondientes estadísticos.</p> <p>n = Número de parejas</p> <p>Nivel de Significación:</p> <p>Si p < 0.05 ⇒ Existe relación entre las variables Si p > 0.05 ⇒ No existe relación entre las variables</p>

ANEXO 2: CUESTIONARIO PARA TUTORES PARA EVALUAR LA POLITICA DE PROTECCION SOCIAL

Estimado colaborador, este instrumento es parte de un estudio de investigación, cuyos resultados se utilizarán con fines estrictamente académicos.

Instrucciones: Marque con una aspa en la respuesta que usted considere acertada.

1	2	3	4
Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre

DIMENSION DERECHO A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACION	1	2	3	4
En general los residentes se sienten mal, cuando no le dan el mismo trato que a los otros niños sin habilidades especiales.				
Se han sentido mal los niños y adolescentes, cuando no le prestan interés las demás personas.				
DIMENSION DERECHO A LA LIBERTAD Y SEGURIDAD PERSONAL				
El niño cuando está en el centro tiene la libertad de estar libre.				
Se siente protegido en el ambiente donde duerme.				
DIMENSION DERECHO A LA ACCESIBILIDAD				
Tienen la facilidad de acceder en igual condiciones que los demás, al entorno físico, los medios de transporte los niños y adolescentes con discapacidad.				
Le dan la facilidad de entrar en un ascensor y servicios públicos a los niños y adolescentes con discapacidad.				
DIMENSION DERECHO A LA SALUD Y AL ASEGURAMIENTO				
Cuando el niño y adolescente con discapacidad se sienta mal inmediatamente lo atiende el médico.				
Siempre recibe terapias integrales los niños y adolescentes con discapacidad.				
DIMENSION DERECHO AL ASEGURAMIENTO				
Reciben atención en Centros Especializados los niños y adolescentes con discapacidad.				
Reciben atención en el Instituto Nacional de Rehabilitación los niños y adolescentes con discapacidad.				
DIMENSION DERECHO A LA EDUCACION				
Asiste a un colegio público de Centro Educativo Especial los niños y adolescentes con discapacidad.				
Asiste a un Centro Educativo Particular los niños y adolescentes con discapacidad				

ANEXO 2: RUBRICA DE OBSERVACION DE CALIDAD DE VIDA

Estimado colaborador, este instrumento es parte de un estudio de investigación, cuyos resultados se utilizarán con fines estrictamente académicos.

Instrucciones: Marque con una aspa en la respuesta que usted considere acertada.

1	2	3	4
Nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre

DIMENSION DESARROLLO PERSONAL	1	2	3	4
En el centro le permite tener nuevas habilidades.				
Tiene acceso a la nueva tecnología (internet).				
Participa en la programación de sus actividades diarias realizadas en el centro.				
Se le enseña actividades de la vida diaria (por ejemplo alimentación, aseo, cuidado de ayudas técnicas personales).				
Se estimula su desarrollo en las distintas áreas (por ejemplo, cognitiva, social, sensorial, emocional, motora).				
DIMENSION BIENESTAR FISICO				
Realiza actividades y ejercicios físicos adecuados a sus características y necesidades.				
Se toman medidas específicas para prevenir o tratar problemas derivados de discapacidades físicas .				
Recibe los apoyos de los profesionales sanitarios que necesita (por ejemplo terapia física, terapia de lenguaje, terapia ocupacional).				
Tiene un plan de salud preventiva (por ejemplo evaluación periódica de especialista).				
Recibe apoyo que le garantiza un adecuado confort postural (por ejemplo control cefálico, de tronco, de miembros superiores e inferiores)				
DIMENSION DE INCLUSION SOCIAL				
Participa en los paseos con otros niños sin habilidades especiales.				
Juega en la loza deportiva de su comunidad con otros niños sin habilidades especiales.				
Está integrado fácilmente con sus compañeros de clase de su colegio.				
Participa en actividades inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales.				
Participa en celebraciones del centro (por ejemplo cumpleaños, fiestas)				
DIMENSION BIENESTAR EMOCIONAL				
En el centro se le proporcionan cariño, afecto, y contacto físico apropiados cuando los necesita.				
Recibe elogios cumplidos cuando realiza algo bien.				
Las personas que le proporcionan apoyos conocen sus expresiones individuales de bienestar emocional (ejemplo, alegría, diversión, etc.)				
Recibe visita de algún familiar cercano (padres, hermanos, tíos, etc.)				
Se le informa con antelación sobre cambios de personas que le proporcionan apoyos (ejemplo, vacaciones, situaciones familiares)				

NOMBRE Y APELLIDO

FICHA DE LA CONDICION DEL RESIDENTE CON DISCAPACIDAD

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /

Nivel de discapacidad intelectual: ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐ Profundo

Nivel de necesidades de apoyo: ☐ Limitado ☐ Intermitente ☐ Extenso ☐ Generalizado

Nivel de dependencia reconocido:

☐ Grado I (moderada) ☐ Grado II (severa) ☐ Grado III (gran dependencia)

Otras condiciones de la persona evaluada

(marque las que procedan):

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Disc. Física: | <input type="checkbox"/> Limitaciones motoras en extremidades superiores |
| | <input type="checkbox"/> Limitaciones motoras en extremidades inferiores |
| <input type="checkbox"/> Disc. Sensorial: | <input type="checkbox"/> Auditiva/sordera <input type="checkbox"/> Visual |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental / Trastorno emocional | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro del autismo | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Rett | <input type="checkbox"/> Síndrome X-Frágil |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud graves | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique): | |

Tipo de residencia y centros a los que acude (marque las que procedan):

- | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Independiente con apoyos | <input type="checkbox"/> Piso tutelado | <input type="checkbox"/> Hogar familiar |
| <input type="checkbox"/> Centro residencial | <input type="checkbox"/> Centro de día | <input type="checkbox"/> Centro de noche |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique): | | |

Tipo de escolarización:

- | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Educación Ordinaria | <input type="checkbox"/> Educación Especial | <input type="checkbox"/> Educación Combinada |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|

Localidad de residencia:

Provincia:

FECHA DE APLICACION:

(dd / mm / aaaa)

FICHA DE DATOS DEL INFORMADOR PRINCIPAL

NOMBRE Y APELLIDOS:

Relación con la persona evaluada:

- | | | | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano/a | <input type="checkbox"/> Abuelo/a | <input type="checkbox"/> Tío/a |
| <input type="checkbox"/> Director/a escolar | <input type="checkbox"/> Profesor/a | <input type="checkbox"/> Orientador/a escolar | | <input type="checkbox"/> Logopeda |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo/a | <input type="checkbox"/> Tutor/a | <input type="checkbox"/> Enfermero/a | <input type="checkbox"/> Trabajador/a social | |
| <input type="checkbox"/> Amigo/a | <input type="checkbox"/> Otra. Especifique: | | | |

Conozco a la persona desde hace años y meses.

Frecuencia del contacto con la persona evaluada:

- ☐ Varias veces / semana ☐ Una vez / semana ☐ Una vez / dos semanas ☐ Una vez / mes

Para completar la escala he necesitado consultar a personas (indique número y relación):

- ☐ Familiar ☐ Amigo/a ☐ Profesional de servicios sociales ☐ Profesional de servicios educativos
☐ Profesional de servicios sanitarios ☐ Otra. Especifique:

DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre completo de la Organización:

Acrónimo de la Organización:

Nombre del servicio o centro específico dentro de la Organización:

Carta De Presentación

Señor(a): María Antonieta Jacinto Cahuana

Asunto: Validación de instrumentos a través de juicio de experto

Me es grato comunicarme con usted para expresarle mis saludos y hacer de su conocimiento, que siendo estudiante del programa de **Maestría en Salud** con mención en **Gestión de los Servicios de Salud** de la UCV, en la sede: Los Olivos, promoción 2015 aula 108 B, solicito aprobar los instrumentos, para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré por el grado de Magíster.

El título de mi investigación es: La política de protección social y calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad del CAR Matilde Pérez Palacio, San Miguel, 2016 y siendo necesario contar con la conformidad de docentes dominados, para poder aplicar los instrumentos en mención, he solicitado a usted, ante su distinguida experiencia en temas de gestión.

El expediente de validación contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de Operacionalizacion de variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole mi respeto, me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención a la presente.

Atentamente.

.....

Br. María Antonieta Jacinto Cahuana

D.N.I:07094638

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable 1: Política de Protección Social

“La protección social se convierte en una instrumento que aborda a la población vulnerables y económicas en su conjunto logra mitigar la pobreza, así como restablece los derechos perdidos de las poblaciones de extrema pobreza. Fortalece la capacidad de las familias de proteger a sus hijos y posibilita el acceso a servicios de las personas en situación de exclusión. Estos resultados son los que permiten el equilibrio de condiciones, la justicia social y la redistribución equitativa de recursos”. (Casali, Centràngolo, Goldschmit, 2015, p.57)

Dimensión de las variables de la política de protección social:

Primera dimensión: Derecho a la Igualdad y No Discriminación, capítulo II de los derechos civiles y políticos se menciona el artículo ocho, refiere la persona con discapacidad tiene derecho a la igualdad ante la ley y a no ser discriminada por motivos de discapacidad. (Congreso de la República, 2012, p. 18)

Segunda dimensión: Derecho a la Libertad y Seguridad Personal, capítulo II de los derechos civiles y políticos se menciona el artículo diez, refiere la persona con discapacidad tiene derecho a la libertad y seguridad personal, en igual de condiciones que los demás. Nadie puede ser privado de su libertad en razón de discapacidad. (Congreso de la República, 2012, p. 19)

Tercera dimensión: Derecho a la Accesibilidad, capítulo III se menciona el artículo 15, refiere: a la persona con discapacidad tiene derecho acceder, en igualdad de condiciones que las demás, al entorno físico, los medios de transporte, los servicios, la información y las comunicaciones, de la manera más autónoma y seguro posible. El Estado, establece y garantizar este derecho de diseño universal. Asimismo, tiene derecho a gozar de ambientes sin ruidos y de entorno adecuados. (Congreso de la República, 2012, p. 20)

Cuarta dimensión: Derecho a la Salud, está basada en el estatuto Universal del individuo con Invalidez N° 29973, en el capítulo IV se menciona: Salud y Rehabilitación. El artículo 26, refiere: que el individuo con incapacidad tiene opción de gozar una mejor calidad del bienestar físico. El Curso debe certificar un bienestar integral con eficacia. (Congreso de la República, 2012, p. 25).

Quinta dimensión: Derecho al Aseguramiento, capítulo IV se menciona en el artículo 27, refiere el Ministerio de Salud garantiza y promueve el ingreso de la persona con discapacidad a un sistema de aseguramiento universal que garantice prestaciones de salud, de rehabilitación y de apoyo de calidad. El seguro Social de Salud (Es Salud) garantizaba y promueve el acceso de la persona con discapacidad a regímenes de aportación y afiliación regular y facultad asequibles que garanticen prestaciones de salud, de rehabilitación y de apoyo. (Congreso de la República, 2013, p. 25)

Sexta dimensión: Derecho a la Educación, capítulo V se menciona el artículo 35: refiere la persona con incapacidad tiene derecho a recibir una educación de calidad, con el enfoque inclusivo, que responda a sus necesidades y potencialidades, en el marco de una efectiva igualdad de oportunidades. El Ministerio de Educación regula, promueve, supervisa, controla y garantiza su matrícula en las instituciones educativas públicas y privadas. Ninguna institución podía negar el acceso o permanencia de una persona por motivos de invalidez. (Congreso de la República, 2012, p. 28)

Variable 2: Calidad de Vida

“La calidad de vida es la Combinación de bienestar objetivo y subjetivo en múltiples dominios de vida considerados de importancia en la propia cultura y tiempo siempre que se adhiere a los estándares universales de los derechos humanos”. Así mismo la participación plena y la aceptación de las personas en la comunidad es otro principio importante de la calidad de vida en las personas. Otro principio esencial afirma que la calidad de vida aumenta cuando las personas

perciben que pueden participar en decisiones que afectan a sus vidas”. (Shalock y Verdugo, 2012, p. 17)

Dimensiones de las variables de la calidad de vida:

Primera dimensión: Desarrollo Personal se considera en tener la posibilidad de aprender distintas cosas, realizarse personalmente, es importante saber comunicarse con otros. Los indicadores son: Actividades de la vida diaria y aprendizaje. (Gómez et al Moran, 2016, p. 8)

Segunda dimensión: Bienestar Físico es tener buena salud, donde no se evidencia dolor y malestar del ser humano. Tener buena salud, es tener hábitos de alimentación. Los indicadores: Sueño, Higiene, Alimentación, Atención sanitaria y Salud física. (Gómez et al Moran, 2016, p. 8)

Tercera dimensión: Inclusión Social se da en no hacer la distinción de las personas con incapacidad. Ir a lugares donde van otras personas y participar en sus actividades. Sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Los indicadores son: Integración, Participación. (Gómez et al Moran, 2016, p. 8)

Cuarta dimensión: Bienestar Emocional es sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Los indicadores son: satisfacción con la vida, auto concepto, afectividad y emociones, estabilidad y salud mental. (Gómez et al Moran, 2016, p. 8)

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE 1: POLITICA DE PROTECCION SOCIAL

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	ESCALA
POLITICA DE PROTECCION SOCIAL	Derecho a la Igualdad y no Discriminación	Igualdad	1	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
		Equidad	2	
	Derecho a la libertad y Seguridad personal	Libertad	3	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
		Seguridad	4	
	Derecho a la Accesibilidad	Acceso a lugares publico	5	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
			6	
	Derecho a la salud	Atención Medica	7	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
		Terapia Integral	8	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
	Aseguramiento	SIS	9	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
			10	
	Derecho a la Educación	Educación especializada	11	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
			12	

VARIABLE 2: CALIDAD DE VIDA

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	ESCALA
CALIDAD DE VIDA	Desarrollo Personal	Actividades de la vida diaria	1	Nunca
			2	A veces
		Capacidad	3	Frecuentemente
		Enseñanza y aprendizaje	4	Siempre
			5	
	Bienestar Físico	Ejercicios	6	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
		Prevención	7	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
		Atención Sanitaria	8	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
		Salud preventiva	9	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
		Control postural	10	Nunca A veces Frecuentemente Siempre
	Inclusión Social	Integración	11	Nunca
			12	A veces
		Participación	13	Frecuentemente
			14	Siempre
	Bienestar Emocional	Apoyos	15	
		Afectividad y emociones	16	Nunca
			17	A veces
		Estabilidad	18	Frecuentemente
		Salud mental	19	Siempre
			20	

FECHA DE APLICACION:

(dd / mm / aaaa)

FICHA DE DATOS DEL INFORMADOR PRINCIPAL

NOMBRE Y APELLIDOS:

Relación con la persona evaluada:

- | | | | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano/a | <input type="checkbox"/> Abuelo/a | <input type="checkbox"/> Tío/a |
| <input type="checkbox"/> Director/a escolar | <input type="checkbox"/> Profesor/a | <input type="checkbox"/> Orientador/a escolar | | <input type="checkbox"/> Logopeda |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo/a | <input type="checkbox"/> Tutor/a | <input type="checkbox"/> Enfermero/a | <input type="checkbox"/> Trabajador/a social | |
| <input type="checkbox"/> Amigo/a | <input type="checkbox"/> Otra. Especifique: | | | |

Conozco a la persona desde hace años y meses.

Frecuencia del contacto con la persona evaluada:

- ☐ Varias veces / semana ☐ Una vez / semana ☐ Una vez / dos semanas ☐ Una vez / mes

Para completar la escala he necesitado consultar a personas (indique número y relación):

- ☐ Familiar ☐ Amigo/a ☐ Profesional de servicios sociales ☐ Profesional de servicios educativos
☐ Profesional de servicios sanitarios ☐ Otra. Especifique:

DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre completo de la Organización:

Acrónimo de la Organización:

Nombre del servicio o centro específico dentro de la Organización:



NOMBRE Y APELLIDO

FICHA DE LA CONDICION DEL RESIDENTE CON DISCAPACIDAD

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /

Nivel de discapacidad intelectual: ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐ Profundo

Nivel de necesidades de apoyo: ☐ Limitado ☐ Intermitente ☐ Extenso ☐ Generalizado

Nivel de dependencia reconocido:

☐ Grado I (moderada) ☐ Grado II (severa) ☐ Grado III (gran dependencia)

Otras condiciones de la persona evaluada

(marque las que procedan):

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Disc. Física: | <input type="checkbox"/> Limitaciones motoras en extremidades superiores |
| | <input type="checkbox"/> Limitaciones motoras en extremidades inferiores |
| <input type="checkbox"/> Disc. Sensorial: | <input type="checkbox"/> Auditiva/sordera <input type="checkbox"/> Visual |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental / Trastorno emocional | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro del autismo | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Rett | <input type="checkbox"/> Síndrome X-Frágil |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud graves | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique): | |

Tipo de residencia y centros a los que acude (marque las que procedan):

- | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Independiente con apoyos | <input type="checkbox"/> Piso tutelado | <input type="checkbox"/> Hogar familiar |
| <input type="checkbox"/> Centro residencial | <input type="checkbox"/> Centro de día | <input type="checkbox"/> Centro de noche |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique): | | |

Tipo de escolarización:

- | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Educación Ordinaria | <input type="checkbox"/> Educación Especial | <input type="checkbox"/> Educación Combinada |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|

Localidad de residencia:

Provincia:

[Firma manuscrita]

NOMBRE Y APELLIDO

FICHA DE LA CONDICION DEL RESIDENTE CON DISCAPACIDAD

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): / /

Nivel de discapacidad intelectual: ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐ Profundo

Nivel de necesidades de apoyo: ☐ Limitado ☐ Intermitente ☐ Extenso ☐ Generalizado

Nivel de dependencia reconocido:

☐ Grado I (moderada) ☐ Grado II (severa) ☐ Grado III (gran dependencia)

Otras condiciones de la persona evaluada

(marque las que procedan):

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Disc. Física: | <input type="checkbox"/> Limitaciones motoras en extremidades superiores |
| | <input type="checkbox"/> Limitaciones motoras en extremidades inferiores |
| <input type="checkbox"/> Disc. Sensorial: | <input type="checkbox"/> Auditiva/sordera <input type="checkbox"/> Visual |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental / Trastorno emocional | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro del autismo | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Rett | <input type="checkbox"/> Síndrome X-Frágil |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud graves | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique): | |

Tipo de residencia y centros a los que acude (marque las que procedan):

- | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Independiente con apoyos | <input type="checkbox"/> Piso tutelado | <input type="checkbox"/> Hogar familiar |
| <input type="checkbox"/> Centro residencial | <input type="checkbox"/> Centro de día | <input type="checkbox"/> Centro de noche |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique): | | |

Tipo de escolarización:

- | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Educación Ordinaria | <input type="checkbox"/> Educación Especial | <input type="checkbox"/> Educación Combinada |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|

Localidad de residencia:

Provincia:

MIMP
PROGRAMA INTEGRAL NACIONAL
PARA EL BIENESTAR FAMILIAR

.....
Mg. SILVIA MARIELA CASTILLA QUIJANO
DIRECTORA
CAR. MATILDE PEREZ PALACIO

FECHA DE APLICACION:

(dd / mm / aaaa)

FICHA DE DATOS DEL INFORMADOR PRINCIPAL

NOMBRE Y APELLIDOS:

Relación con la persona evaluada:

- | | | | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Hermano/a | <input type="checkbox"/> Abuelo/a | <input type="checkbox"/> Tío/a |
| <input type="checkbox"/> Director/a escolar | <input type="checkbox"/> Profesor/a | <input type="checkbox"/> Orientador/a escolar | | <input type="checkbox"/> Logopeda |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo/a | <input type="checkbox"/> Tutor/a | <input type="checkbox"/> Enfermero/a | <input type="checkbox"/> Trabajador/a social | |
| <input type="checkbox"/> Amigo/a | <input type="checkbox"/> Otra. Especifique: | | | |

Conozco a la persona desde hace años y meses.

Frecuencia del contacto con la persona evaluada:

- ☐ Varias veces / semana ☐ Una vez / semana ☐ Una vez / dos semanas ☐ Una vez / mes

Para completar la escala he necesitado consultar a personas (indique número y relación):

- ☐ Familiar ☐ Amigo/a ☐ Profesional de servicios sociales ☐ Profesional de servicios educativos
☐ Profesional de servicios sanitarios ☐ Otra. Especifique:

DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre completo de la Organización:

Acrónimo de la Organización:

Nombre del servicio o centro específico dentro de la Organización:

MIMP
PROGRAMA INTEGRAL NACIONAL
PARA EL BIENESTAR FAMILIAR

Mg. SILVIA MARIELA CASTILLA QUIJANO
DIRECTORA
CAR. MARILDE PEREZ PALACIO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA POLITICA DE PROTECCION SOCIAL

N o	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ₁		Relevancia ₂		Claridad ₃		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DERECHO A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACION							
1	Los residentes se sienten mal cuando no le dan el mismo trato que a los otros niños normales.	X		X		X		
2	Se han sentido mal, los niños y adolescentes, cuando no le prestan interés las demás personas.							
	DERECHO A LA LIBERTAD Y SEGURDAD PERSONAL							
3	El niño cuando está en el centro tiene la libertad de estar libre.	X		X		X		
4	Se siente protegido en el ambiente donde duerme.							
	DERECHO A LA ACCESIBILIDAD							
5	Tienen la facilidad de acceder en igual condiciones que los demás, al entorno físico, los medios de trasporte los niños y adolescentes con discapacidad.	X		X		X		
6	Le dan la facilidad de entrar en un ascensor y servicios públicos a los niños y adolescentes con discapacidad.							
	DERECHO A LA SALUD							
7	Cuando el niño y adolescente con discapacidad se sienta mal inmediatamente lo atiende el médico.	X		X		X		
8	Siempre recibe terapias integrales los niños y adolescentes con discapacidad.							
	DERECHO AL ASEGURAMIENTO							
9	Reciben atención en Centros Especializados los niños y adolescentes con discapacidad.	X		X		X		
10	Reciben atención en el Instituto Nacional de Rehabilitación los niños y adolescentes con discapacidad.							
	DERECHO A LA EDUCACION							
11	Asiste a un colegio público de Centro Educativo Especial los niños y adolescentes con discapacidad.	X		X		X		
12	Asiste a un Centro Educativo Particular los niños y adolescentes con discapacidad							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dra.: Julia Méndez Campos

DNI: 08732258

Especialidad del validador: Mg. Elsa Mercedes Gúmez de Reyes

17 de Octubre del 2016

Dirección de Investigación en docencia de Rehabilitación de Funciones Mentales

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Mg. ELSA MERCEDE GUMEZ DE REYES

Docente UAP

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CALIDAD DE VIDA

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ₁		Relevancia ₂		Claridad ₃		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DESARROLLO PERSONAL							
1	En el centro le permite tener nuevas habilidades.	X		X		X		
2	Tienes acceso a la nueva tecnología (internet).							
3	Participa en la programación de sus actividades diarias.							
4	Se le enseña actividades de la vida diaria (alimentación, aseo).							
5	Se le estimula su desarrollo en las distintas áreas (cognitiva, social, sensorial, emocional, motora).							
	BIENESTAR FISICO	Si	No	Si	No	Si	No	
6	Realiza actividades y ejercicios físicos adecuados a sus características y necesidades.	X		X		X		
7	Se toman medidas específicas para prevenir los problemas derivados de discapacidad (espasticidad y deformidades)							
8	Recibe los apoyos de los profesionales sanitarios que necesita (terapeuta físico, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional).							
9	Tiene un plan de salud preventiva (revisiones periódicas de especialistas)							
10	Recibe apoyo que lo garantizan un adecuado confort postural (control postural de la cabeza, control de tronco, control de los miembros superiores e inferiores).							
	INCLUSION SOCIAL	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Participa en los paseos con otros niños normales.	X		X		X		
12	Juega en la loza deportiva de su comunidad con otros niños normales.							
13	Se integra fácilmente con sus compañeros de clase de su colegio.							
14	Participa en actividades inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales.							
15	Participa en la celebración de actividades que se realiza en su centro: fiestas de cumpleaños.							
	BIENESTAR EMOCIONAL	Si	No	Si	No	Si	No	
16	En el centro lo proporciona cariño, afecto, y contacto físico apropiados cuando lo necesita.	X		X		X		
17	Recibe elogios cumplidos cuando realiza algo bien.							
18	Las personas que le proporcionan apoyos conocen sus expresiones individuales de bienestar emocional (alegría, diversión, tristeza).							
19	Recibe visita de la familia cercana (padres, hermanos, tíos).							
20	Se le informa con antelación sobre cambios de personas que le proporciona apoyos (vacaciones, situaciones familiares).							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dra.: Julia Méndez Campos


DNI: 08732258

Especialidad del validador: Mg. Elsa Mercedes Gúmez de Reyes
Dirección de Investigación en docencia de Rehabilitación de Funciones Mentales

17 de Octubre del 2016

- ¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Mg. ELSA MERCEDE GUMEZ DE REYES
Docente UAP

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA POLITICA DE PROTECCION SOCIAL

N _o	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ₁		Relevancia ₂		Claridad ₃		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DERECHO A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACION							
1	Los residentes se sienten mal cuando no le dan el mismo trato que a los otros niños normales.	X		X		X		
2	Se han sentido mal, los niños y adolescentes, cuando no le prestan interés las demás personas.							
	DERECHO A LA LIBERTAD Y SEGURIDAD PERSONAL							
3	El niño cuando está en el centro tiene la libertad de estar libre.	X		X		X		
4	Se siente protegido en el ambiente donde duerme.							
	DERECHO A LA ACCESIBILIDAD							
5	Tienen la facilidad de acceder en igual condiciones que los demás, al entorno físico, los medios de transporte los niños y adolescentes con discapacidad.	X		X		X		
6	Le dan la facilidad de entrar en un ascensor y servicios públicos a los niños y adolescentes con discapacidad.							
	DERECHO A LA SALUD							
7	Cuando el niño y adolescente con discapacidad se sienta mal inmediatamente lo atiende el médico.	X		X		X		
8	Siempre recibe terapias integrales los niños y adolescentes con discapacidad.							
	DERECHO AL ASEGURAMIENTO							
9	Reciben atención en Centros Especializados los niños y adolescentes con discapacidad.	X		X		X		
10	Reciben atención en el Instituto Nacional de Rehabilitación los niños y adolescentes con discapacidad.							
	DERECHO A LA EDUCACION							
11	Asiste a un colegio público de Centro Educativo Especial los niños y adolescentes con discapacidad.	X		X		X		
12	Asiste a un Centro Educativo Particular los niños y adolescentes con discapacidad							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Mg.:Silvia Mariela Castilla Quijano

DNI:25587373

Especialidad del validador:Asistente Social, Directora del CAR Matilde Pérez Palacios

17de Octubre del 2016

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Mg. Silvia Mariela Castilla Quijano

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CALIDAD DE VIDA

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ₁		Relevancia ₂		Claridad ₃		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DESARROLLO PERSONAL							
1	En el centro le permite tener nuevas habilidades.	X		X		X		
2	Tienes acceso a la nueva tecnología (internet).							
3	Participa en la programación de sus actividades diarias.							
4	Se le enseña actividades de la vida diaria (alimentación, aseo).							
5	Se le estimula su desarrollo en las distintas áreas (cognitiva, social, sensorial, emocional, motora).							
	BIENESTAR FISICO							
6	Realiza actividades y ejercicios físicos adecuados a sus características y necesidades.	X		X		X		
7	Se toman medidas específicas para prevenir los problemas derivados de discapacidad (espasticidad y deformidades)							
8	Recibe los apoyos de los profesionales sanitarios que necesita (terapeuta físico, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional).							
9	Tiene un plan de salud preventiva (revisiones periódicas de especialistas)							
10	Recibe apoyo que lo garantizan un adecuado confort postural (control postural de la cabeza, control de tronco, control de los miembros superiores e inferiores).							
	INCLUSION SOCIAL							
11	Participa en los paseos con otros niños normales.	X		X		X		
12	Juega en la loza deportiva de su comunidad con otros niños normales.							
13	Se integra fácilmente con sus compañeros de clase de su colegio.							
14	Participa en actividades inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales.							
15	Participa en la celebración de actividades que se realiza en su centro: fiestas de cumpleaños.							
	BIENESTAR EMOCIONAL							
16	En el centro lo proporciona cariño, afecto, y contacto físico apropiados cuando lo necesita.	X		X		X		
17	Recibe elogios cumplidos cuando realiza algo bien.							
18	Las personas que le proporcionan apoyos conocen sus expresiones individuales de bienestar emocional (alegría, diversión, tristeza).							
19	Recibe visita de la familia cercana (padres, hermanos, tíos).							
20	Se le informa con antelación sobre cambios de personas que le proporciona apoyos (vacaciones, situaciones familiares).							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Mg.:Silvia Mariela Castilla Quijano

DNI:25587373

Especialidad del validador:Asistente Social, Directora del CAR Matilde Pérez Palacios

17de Octubre del 2016

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Mg. Silvia Mariela Castilla Quijano

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA POLITICA DE PROTECCION SOCIAL

N o	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DERECHO A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACION							
1	Los residentes se sienten mal cuando no le dan el mismo trato que a los otros niños normales.	X		X		X		
2	Se han sentido mal, los niños y adolescentes, cuando no le prestan interés las demás personas.							
	DERECHO A LA LIBERTAD Y SEGURIDAD PERSONAL							
3	El niño cuando está en el centro tiene la libertad de estar libre.	X		X		X		
4	Se siente protegido en el ambiente donde duerme.							
	DERECHO A LA ACCESIBILIDAD							
5	Tienen la facilidad de acceder en igual condiciones que los demás, al entorno físico, los medios de transporte los niños y adolescentes con discapacidad.	X		X		X		
6	Le dan la facilidad de entrar en un ascensor y servicios públicos a los niños y adolescentes con discapacidad.							
	DERECHO A LA SALUD							
7	Cuando el niño y adolescente con discapacidad se sienta mal inmediatamente lo atiende el médico.	X		X		X		
8	Siempre recibe terapias integrales los niños y adolescentes con discapacidad.							
	DERECHO AL ASEGURAMIENTO							
9	Reciben atención en Centros Especializados los niños y adolescentes con discapacidad.	X		X		X		
10	Reciben atención en el Instituto Nacional de Rehabilitación los niños y adolescentes con discapacidad.							
	DERECHO A LA EDUCACION							
11	Asiste a un colegio público de Centro Educativo Especial los niños y adolescentes con discapacidad.	X		X		X		
12	Asiste a un Centro Educativo Particular los niños y adolescentes con discapacidad							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dra.: Julia Méndez Campos

DNI: 07699060


Especialidad del validador: Dra. Médico Rehabilitador en Medicina de Rehabilitación 17 de Octubre del 2016
Dirección de Investigación en docencia de Rehabilitación de Funciones Mentales

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Dra. JULIA MENDEZ CAMPOS
Docente postgrado de UNMSM y UNFV

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CALIDAD DE VIDA

N o	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ₁		Relevancia ₂		Claridad ₃		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DESARROLLO PERSONAL							
1	En el centro le permite tener nuevas habilidades.	X		X		X		
2	Tienes acceso a la nueva tecnología (internet).							
3	Participa en la programación de sus actividades diarias.							
4	Se le enseña actividades de la vida diaria (alimentación, aseo).							
5	Se le estimula su desarrollo en las distintas áreas (cognitiva, social, sensorial, emocional, motora).							
	BIENESTAR FISICO	Si	No	Si	No	Si	No	
6	Realiza actividades y ejercicios físicos adecuados a sus características y necesidades.	X		X		X		
7	Se toman medidas específicas para prevenir los problemas derivados de discapacidad (espasticidad y deformidades)							
8	Recibe los apoyos de los profesionales sanitarios que necesita (terapeuta físico, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional).							
9	Tiene un plan de salud preventiva (revisiones periódicas de especialistas)							
10	Recibe apoyo que lo garantizan un adecuado confort postural (control postural de la cabeza, control de tronco, control de los miembros superiores e inferiores).							
	INCLUSION SOCIAL	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Participa en los paseos con otros niños normales.	X		X		X		
12	Juega en la loza deportiva de su comunidad con otros niños normales.							
13	Se integra fácilmente con sus compañeros de clase de su colegio.							
14	Participa en actividades inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales.							
15	Participa en la celebración de actividades que se realiza en su centro: fiestas de cumpleaños.							
	BIENESTAR EMOCIONAL	Si	No	Si	No	Si	No	
16	En el centro lo proporciona cariño, afecto, y contacto físico apropiados cuando lo necesita.	X		X		X		
17	Recibe elogios cumplidos cuando realiza algo bien.							
18	Las personas que le proporcionan apoyos conocen sus expresiones individuales de bienestar emocional (alegría, diversión, tristeza).							
19	Recibe visita de la familia cercana (padres, hermanos, tíos).							
20	Se le informa con antelación sobre cambios de personas que le proporciona apoyos (vacaciones, situaciones familiares).							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dra.: Julia Méndez Campos

DNI: 07699060

Especialidad del validador: Dra. Médico Rehabilitador en Medicina de Rehabilitación
Dirección de Investigación en docencia de Rehabilitación de Funciones Mentales

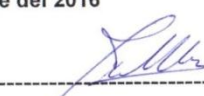
17 de Octubre del 2016

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


Dra. JULIA MENDEZ CAMPOS
Docente postgrado de UNMSM y UNFV

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA POLITICA DE PROTECCION SOCIAL

N o	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia 1		Relevancia 2		Claridad 3		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DERECHO A LA IGUALDAD Y NO DISCRIMINACION							
1	Los residentes se sienten mal cuando no le dan el mismo trato que a los otros niños normales.	X		X		X		
2	Se han sentido mal, los niños y adolescentes, cuando no le prestan interés las demás personas.							
	DERECHO A LA LIBERTAD Y SEGURDAD PERSONAL	Si	No	Si	No	Si	No	
3	El niño cuando está en el centro tiene la libertad de estar libre.	X		X		X		
4	Se siente protegido en el ambiente donde duerme.							
	DERECHO A LA ACCESIBILIDAD	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Tienen la facilidad de acceder en igual condiciones que los demás, al entorno físico, los medios de trasporte los niños y adolescentes con discapacidad.	X		X		X		
6	Le dan la facilidad de entrar en un ascensor y servicios públicos a los niños y adolescentes con discapacidad.							
	DERECHO A LA SALUD	Si	No	Si	No	Si	No	
7	Cuando el niño y adolescente con discapacidad se sienta mal inmediatamente lo atiende el médico.	X		X		X		
8	Siempre recibe terapias integrales los niños y adolescentes con discapacidad.							
	DERECHO AL ASEGURAMIENTO	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Reciben atención en Centros Especializados los niños y adolescentes con discapacidad.	X		X		X		
10	Reciben atención en el Instituto Nacional de Rehabilitación los niños y adolescentes con discapacidad.							
	DERECHO A LA EDUCACION	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Asiste a un colegio público de Centro Educativo Especial los niños y adolescentes con discapacidad.	X		X		X		
12	Asiste a un Centro Educativo Particular los niños y adolescentes con discapacidad							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Mg.: Díaz Mujica Juana Yris

DNI: 09395072

Especialidad del validador: Dra. Administración de la Educación, Obstetra, docente en Investigación.

17 de Octubre del 2016



Dra. DIAZ MUJICA JUANA YRIS
Docente UCV

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CALIDAD DE VIDA

N o	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ₁		Relevancia ₂		Claridad ₃		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DESARROLLO PERSONAL							
1	En el centro le permite tener nuevas habilidades.	X		X		X		
2	Tienes acceso a la nueva tecnología (internet).							
3	Participa en la programación de sus actividades diarias.							
4	Se le enseña actividades de la vida diaria (alimentación, aseo).							
5	Se le estimula su desarrollo en las distintas áreas (cognitiva, social, sensorial, emocional, motora).							
	BIENESTAR FISICO	Si	No	Si	No	Si	No	
6	Realiza actividades y ejercicios físicos adecuados a sus características y necesidades.	X		X		X		
7	Se toman medidas específicas para prevenir los problemas derivados de discapacidad (espasticidad y deformidades)							
8	Recibe los apoyos de los profesionales sanitarios que necesita (terapeuta físico, terapeuta de lenguaje, terapeuta ocupacional).							
9	Tiene un plan de salud preventiva (revisiones periódicas de especialistas)							
10	Recibe apoyo que lo garantizan un adecuado confort postural (control postural de la cabeza, control de tronco, control de los miembros superiores e inferiores).							
	INCLUSION SOCIAL	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Participa en los paseos con otros niños normales.	X		X		X		
12	Juega en la loza deportiva de su comunidad con otros niños normales.							
13	Se integra fácilmente con sus compañeros de clase de su colegio.							
14	Participa en actividades inclusivas adecuadas para sus condiciones físicas y mentales.							
15	Participa en la celebración de actividades que se realiza en su centro: fiestas de cumpleaños.							
	BIENESTAR EMOCIONAL	Si	No	Si	No	Si	No	
16	En el centro lo proporciona cariño, afecto, y contacto físico apropiados cuando lo necesita.	X		X		X		
17	Recibe elogios cumplidos cuando realiza algo bien.							
18	Las personas que le proporcionan apoyos conocen sus expresiones individuales de bienestar emocional (alegría, diversión, tristeza).							
19	Recibe visita de la familia cercana (padres, hermanos, tíos).							
20	Se le informa con antelación sobre cambios de personas que le proporciona apoyos (vacaciones, situaciones familiares).							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Mg.: Díaz Mujica Juana Yris

DNI: 09395072

Especialidad del validador: Dra. Administración de la Educación, Obstetra, docente en Investigación.

17 de Octubre del 2016



Dra. DÍAZ MUJICA JUANA YRIS
Docente UCV

ANEXO 6 BASE DE DATOS

Microsoft Excel interface showing the 'ANEXO 6 BASE DE DATOS' spreadsheet. The ribbon includes ARCHIVO, INICIO, INSERTAR, DISEÑO DE PÁGINA, FÓRMULAS, DATOS, REVISAR, and VISTA. The 'INICIO' ribbon is active, showing options for Portapapeles, Fuente, and Alineación.

The spreadsheet displays data for 'PPS - Dsalud' and 'Calidad de Vida - Bienestar Físico'. The columns are labeled A through K. The rows are numbered 1 through 44. The data is organized into a table with headers for 'Pregunta 1' through 'Pregunta 5' and 'Total - BF'.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	PPS - Dsalud			Calidad de Vida - Bienestar Físico							
2		Pregunta 1	Pregunta 2	Total - PPS	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Total - BF	
3	Residente 1	4	4	8	4	3	4	2	4	17	
4	Residente 10	2	4	6	3	2	2	2	4	13	
5	Residente 11	3	4	7	3	3	3	2	4	15	
6	Residente 12	4	3	7	3	3	3	2	4	15	
7	Residente 13	3	4	7	3	3	3	2	4	15	
8	Residente 14	3	4	7	3	2	3	2	4	14	
9	Residente 15	3	3	6	3	3	3	2	2	13	
10	Residente 16	3	4	7	3	2	3	2	4	14	
11	Residente 17	3	4	7	3	3	3	2	4	15	
12	Residente 18	3	4	7	3	2	3	2	4	14	
13	Residente 19	3	4	7	3	2	3	2	4	14	
14	Residente 2	4	4	8	4	3	4	3	4	18	
15	Residente 20	3	3	6	3	3	2	2	3	13	
16	Residente 21	4	4	8	4	3	4	3	4	18	
17	Residente 22	1	2	3	2	1	2	2	4	11	
18	Residente 23	4	3	7	3	2	3	2	4	14	
19	Residente 24	1	3	4	2	1	3	2	4	12	
20	Residente 25	3	3	6	3	2	3	2	4	14	
21	Residente 26	4	4	8	4	3	4	2	3	16	
22	Residente 27	4	4	8	4	2	3	2	3	14	
23	Residente 28	3	2	5	2	2	3	2	4	13	
24	Residente 29	2	2	4	2	2	2	2	4	12	
25	Residente 3	4	4	8	4	3	3	2	4	16	
26	Residente 30	2	3	5	3	3	3	2	2	13	
27	Residente 31	2	2	4	3	1	3	2	3	12	
28	Residente 32	3	3	6	3	3	4	2	2	14	
29	Residente 33	2	4	6	3	3	3	2	3	14	
30	Residente 34	3	2	5	3	2	2	2	4	13	
31	Residente 35	3	4	7	3	3	3	2	4	15	
32	Residente 36	4	4	8	4	3	3	3	3	16	
33	Residente 37	4	1	5	3	2	2	2	4	13	
34	Residente 38	4	4	8	4	3	4	3	4	18	
35	Residente 39	1	4	5	3	3	3	2	2	13	
36	Residente 4	4	4	8	3	3	3	2	4	15	
37	Residente 40	2	2	4	3	1	2	2	4	12	
38	Residente 41	2	3	5	3	3	2	2	3	13	
39	Residente 42	3	3	6	3	2	3	2	4	14	
40	Residente 43	3	2	5	3	2	3	2	4	14	
41	Residente 44	3	3	6	3	2	3	2	4	14	
42	Residente 45	3	2	5	2	2	3	2	4	13	
43	Residente 46	2	1	3	3	1	2	2	3	11	
44	Residente 47	2	2	4	2	2	2	2	3	12	

The bottom of the interface shows the 'Hoja1' tab selected, and the status bar indicates 'LISTO'.

Microsoft Excel interface showing the ribbon (ARCHIVO, INICIO, INSERTAR, DISEÑO DE PÁGINA, FÓRMULAS, DATOS, REVISAR, VISTA) and the worksheet grid. The active cell is Q19.

The worksheet contains data for residents (Residente) across columns A through K. The data is organized into rows 37 through 64, with columns A through K representing different categories or metrics.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
37	Residente 40	2	2	4	3	1	2	2	4	12	
38	Residente 41	2	3	5	3	3	2	2	3	13	
39	Residente 42	3	3	6	3	2	3	2	4	14	
40	Residente 43	3	2	5	3	2	3	2	4	14	
41	Residente 44	3	3	6	3	2	3	2	4	14	
42	Residente 45	3	2	5	2	2	3	2	4	13	
43	Residente 46	2	1	3	3	1	2	2	3	11	
44	Residente 47	2	2	4	2	3	2	2	3	12	
45	Residente 48	3	2	5	3	2	3	2	4	14	
46	Residente 49	2	2	4	2	2	3	2	3	12	
47	Residente 5	3	4	7	3	3	3	2	4	15	
48	Residente 50	2	2	4	3	1	3	2	3	12	
49	Residente 51	2	1	3	2	2	3	3	2	12	
50	Residente 52	3	3	6	3	3	3	2	3	14	
51	Residente 53	3	3	6	3	2	3	2	4	14	
52	Residente 54	3	2	5	3	2	2	2	4	13	
53	Residente 55	4	2	6	4	2	3	2	3	14	
54	Residente 56	3	1	4	3	2	3	2	2	12	
55	Residente 57	1	2	3	2	1	2	2	4	11	
56	Residente 58	1	2	3	2	2	3	2	2	11	
57	Residente 59	2	3	5	3	2	3	2	3	13	
58	Residente 60	3	4	7	3	2	3	2	4	14	
59	Residente 61	1	2	3	2	1	3	2	2	10	
60	Residente 62	4	4	8	4	3	3	2	4	16	
61	Residente 63	1	3	4	3	2	3	2	3	13	
62	Residente 64	4	4	8	3	2	3	2	4	14	
63	Residente 65	1	2	3	1	2	3	2	3	11	
64	Residente 66	4	4	8	4	4	3	4	4	19	
65											
66											
67											
68											
69											
70											
71											
72											
73											
74											
75											
76											
77											
78											
79											
80											

The bottom of the interface shows the status bar (LISTO) and the taskbar with icons for Windows, Internet Explorer, File Explorer, VLC, Google Chrome, Microsoft Word, and Microsoft Excel.